

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

251 N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Aaron-Henri BRAMI

Né à Kef (Tunisie), le 21 décembre 1904

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

SCLÉRODERMIE

ET

TRAUMATISME

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Aaron-Henri BRAMI

Né à Kef (Tunisie), le 21 décembre 1904

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

SCLÉRODERMIE

ET

TRAUMATISME

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1933

DOYEN... M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	N...
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	Marcel LABBÉ.
	LEREBoullet
	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	LENORMANT.
	CUNéo.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	GOSSET.
	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique urologique.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique d'accouchements.....	
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire.....	HOVELACQUE.
	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BROCCQ Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 et comparée.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
N... ..	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.

MM.

MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
GUENIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les muti- lés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, agrégé.....	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Éducation physique.
WEIL-HALLÉ.....	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MON PÈRE

A MES FRÈRES

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A TOUS MES CAMARADES

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Chevalier de la Légion d'honneur
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

*Qu'il veuille trouver ici nos remer-
ciements respectueux et reconnais-
sants pour le grand honneur qu'il
nous a fait en acceptant la présidence
de notre thèse.*

A MES JUGES

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR A. TOURAINE

Chevalier de la Légion d'honneur
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

*Il nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a aidé dans son élaboration.*

*Qu'il veuille bien nous permettre de
le remercier ici de sa bienveillance, de
lui exprimer toute notre gratitude pour
l'intérêt qu'il nous a porté tant au cours
de nos études qu'au cours de ce travail,
et de l'assurer de notre entier et res-
pectueux dévouement et de notre pro-
fonde reconnaissance.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

M. le Professeur GILBERT (*in memoriam*)

M. le Professeur GOSSET

M. le Docteur Louis RAMON

M. le Docteur SCHWARTZ

M. le Professeur LEREBoullet

M. le Docteur TIXIER

Externat :

M. le Professeur TERRIEN

M. le Docteur CHEVASSU

M. le Docteur TOURAINE

M. le Docteur TSANCK

M. le Docteur HEITZ-BOYER

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARSAN FÉLIX

Ancien Chef de Clinique des Voies urinaires de la Faculté

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

A TOUS CEUX QUI ONT CONTRIBUÉ
A MON INSTRUCTION MÉDICALE

SCLÉRODERMIE ET TRAUMATISME

Définition et historique

La sclérodermie est caractérisée par une infiltration scléreuse du derme associée à une atrophie cutanée.

On distingue plusieurs types cliniques différents :

La sclérodermie en plaques ou morphee ;

La sclérodactylie ;

La sclérodermie généralisée.

Nous savons combien la pathogénie de ces états reste encore obscure. On a tour à tour invoqué l'action du surmenage, des refroidissements brusques, de certaines infections comme la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu, la tuberculose, la syphilis héréditaire ou acquise. Il semble que l'origine traumatique ait retenu l'attention de certains auteurs. C'est ainsi que Weber envisagea le premier le rôle du traumatisme dans une de ses observations (*Correspondenzblatt F. Schweizer Aerzte*, 1878, p. 622) où la sclérodermie avait débuté quatre à cinq semaines après une chute sur la main entraînant une luxation du médius gauche. Nos recherches bibliogra-

phiques ne nous permettent pas de rapporter des cas de sclérodermies ayant pour origine un traumatisme, cas antérieurs à celui que nous venons de mentionner.

En 1879, Hutchinson rapporte également un cas de sclérodermie dont l'origine lui paraît être traumatique, mais ce traumatisme est déjà très antérieur à la date d'apparition du premier élément sclérodermique. En 1882, Wolfler rapporte le cas d'un homme de 61 ans qui, un an après une fracture compliquée des deux os de l'avant-bras gauche, fait une sclérodactylie de ce côté gauche ; puis ce furent les observations d'Ohier où une sclérodactylie apparut sept ans après une chute d'un deuxième étage avec simples contusions ; le cas de Sympson, où l'élément sclérodermique apparut chez une fillette de 5 ans à la suite d'une chute sur le genou ; les cas de Crocker (1885), de Collin (1886), où une plaque de sclérodermie apparut sept ans après une fracture de côtes, au niveau même de cette fracture ; l'observation de Torggler (1889), où la malade âgée de 13 ans, à la suite d'un traumatisme sur la jambe droite, vit immédiatement apparaître au voisinage de la cheville droite une rougeur qui, peu à peu, prit l'aspect classique d'une plaque sclérodermique.

En 1890, Rabl rapporte le cas d'une femme de 28 ans qui, à la suite d'un traumatisme insignifiant mais fréquemment répété, fit, sur la face antérieure de l'avant-bras gauche, des plaques sclérodermiques dont elle attribuait l'apparition à ce qu'elle

laissait toujours la tête de son petit enfant sur cette place.

En 1891, Nixon rapporte le cas d'un enfant de 11 ans qui, un mois après un traumatisme (violent coup de pied sur la région fessière gauche), fit une sclérodermie en bandes, dont les éléments correspondaient à la distribution du nerf cutané interne ; puis, ce furent les observations de Corlett (1894), de Audry et Boyreau (1896), de Schaffer où la malade fit, à la suite d'un coup sur la région du genou droit, des bandes sclérodermiques ; d'abord localisée au niveau du traumatisme l'affection s'était dans ce cas généralisée au pied, aux jambes, aux mains, aux avant-bras, au visage et au tronc. Ce cas est intéressant à signaler, car il est très rare de voir une sclérodermie d'origine traumatique évoluer vers la généralisation complète.

En 1910, Lebar et Routier rapportent, dans le *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*, 1910, le cas publié par Dercum en 1896. C'est l'histoire d'un homme de 33 ans qui fit, le lendemain d'un grave accident, une sclérodermie généralisée avec anurie, alors qu'au moment de son admission et antérieurement au traumatisme le malade ne présentait aucune lésion des téguments ; signalons en passant que ce cas particulier de sclérodermie généralisée d'emblée, apparu quelques heures après un traumatisme, est un fait encore plus rare que le précédent.

En 1900, Leslie Roberts rapporte, dans le *British*

Journal of Dermatology, avril 1900, page 118, le cas d'un petit garçon de deux ans qui, quelques semaines après une blessure de la paroi abdominale, fit à ce niveau, une plaque de sclérodermie avec extension, plus tardivement, au membre supérieur, en suivant les branches cutanées des nerfs médian et radial.

En 1904, plusieurs auteurs rapportent des observations analogues : Citons les cas de Blaschko où une sclérodactylie apparut chez une femme de 46 ans après une blessure à l'index droit due à une écharde de bois ; le cas de Cullen où une plaque de sclérodermie apparut immédiatement après une blessure que la malade s'était faite à l'épaule gauche contre une table ; le cas de Matzenauer où l'affection débuta à la suite de lésions de grattages.

Le traumatisme, quelquefois répété, peut être insignifiant : citons le cas de Ulmann où le malade attribuait le développement des lésions à ce qu'il portait toujours sa monnaie dans la poche de son pantalon et dans celle de sa veste qui correspondent aux points atteints ; le cas de Edowes, où le frottement répété par le col de la tunique détermina une plaque de sclérodermie chez un jeune officier.

En 1906, plusieurs auteurs publièrent des observations analogues : citons celles de Touchard (Thèse Paris, 1905, page 121), de Teske, de Pinkus, de Krzystalowicz et, quelque temps plus tard, celle de Pringle (1907), où la sclérodermie généralisée débuta au niveau de la cicatrice de la plaie opératoire

d'ablation du sein droit pour carcinome ; celle de Marrant-Baker, post-opératoire également ; celle de Lilienthal (1908), de Luithen, de Bunch, où une plaque sclérodermique apparut deux semaines après un traumatisme sur le front, au niveau de ce dernier et s'étendit en suivant le trajet du nerf sus-orbitaire droit ; celle de Dubreuil (Coup sur la tête chez une fillette de 6 ans) ; celle de Neuman, etc.

On connaît l'important travail publié par Thibierge en 1915 (sclérodermie et traumatisme), dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1914-1915, dans lequel l'auteur groupa et résuma la majeure partie des cas rapportés ci-dessus et quelques autres où le rôle du traumatisme nous a paru douteux.

Depuis, cette origine traumatique n'a pas cessé de retenir l'attention d'auteurs plus contemporains que ceux précités, témoins ; l'observation de Krauss (Sklérodermie und Unfall, 1915) ; celle de Thiem (1916), où la sclérodermie débuta six mois après une chute sur la face interne du pied ; celle de Burnier (1919), où le premier élément apparut deux mois après le traumatisme ; celle de Kingery (1922) à la suite d'un abcès dentaire ; celle de Del Vivo (riforma med. Napoli, 1924) ; celle de Groedèl et Hubert (Wien. Klin. Wochenschr, avril 1925), etc.

Plus récemment encore, en 1929, la question fut reprise par Du Bois de Genève, à la réunion de dermatologie de Strasbourg. Cet auteur admet le rôle de traumatismes même légers et souvent lointains ;

dans ses observations le traumatisme invoqué était, soit un corset trop serré, soit un frottement répété d'un bouton, soit un traumatisme léger mais répété, tel le cas du champion de football qui avait reçu sur les flancs la charge de ses adversaires à plusieurs reprises, deux ans avant le début de la sclérodermie.

A la même réunion, Lortat-Jacob, Fernet et Bureau, Pautrier, Hufschmitt, Petges et Roche, Hudelet et Rabut, Payenneville et Cailliau rapportèrent des observations du même ordre ; citons encore les travaux de Aronstam (1929), où la sclérodermie apparut deux mois après un traumatisme du bras droit, au niveau du point traumatisé, ceux de Gauch, Sohier et de Courrèges (février 1929) ; l'observation de Milian, Périn et Horowitz sur la sclérodermie calcaire (*Bulletin de la Soc. française de dermatologie*, 1930).

Dans le *Zentralblatt* des années 1931 et 1932 plusieurs auteurs allemands rapportèrent des observations du même ordre : citons les travaux de Omens (mai 1931), de Jadassohn (sept. 1931), de Samek (fév. 1932), de Leszezynski (mars 1932), de Malski (mai 1932), de H. F. Wolf (juin 1932) où une sclérodactylie apparut chez une femme de 38 ans, peu de temps après une infection étendue des doigts et des ongles ; les observations de Busch (août 1932), de Matras (août 1932) de Kerl ; celle de A. M. H. Gray (oct. 1932), où une sclérodermie en plaques du thorax se développa rapidement chez une tubercu-

leuse de 30 ans, après un abcès de l'aisselle, et se dissémina par la suite ; enfin, l'observation publiée dans le *Bull. de la Soc. Fr. de Dermatologie* (mars 1933), par notre maître Touraine, où il est question d'un cas de sclérodermie en plaques apparue un mois après l'incision d'un abcès de l'aisselle gauche, le premier élément ayant débuté au niveau de la cicatrice.

Du rôle du traumatisme dans les sclérodermies

De l'exposé ci-dessus nous voyons que le traumatisme, quoique facteur plus rare que certains autres dans l'apparition de la sclérodermie est néanmoins à l'origine d'un certain nombre de cas de cette affection.

Les traumatismes.

On peut se demander dans quelle mesure la sclérodermie a pu succéder au traumatisme.

a) INTERROGATOIRE.

Dans les observations de sclérodermie avec traumatisme que nous avons pu relever dans la littérature, nous ne trouvons, dans les antécédents des malades, le plus généralement ni la tuberculose, ni la syphilis, ni des troubles des glandes vasculaires sanguines, ni des maladies du système nerveux, ni des maladies infectieuses, affections qui, par leur importance, pourraient être invoquées pour expliquer l'origine de cette sclérodermie. Dans quelques-

uns de ces cas cependant, nous avons rencontré quelques-unes de ces affections, en même temps que la notion d'un traumatisme antérieur.

L'absence relative de ces causes dans les cas qui nous occupent et surtout la notion d'un traumatisme net, doivent nous inciter à nous demander si ce dernier n'est pas à l'origine de certains cas de sclérodermie.

b) NATURE DU TRAUMATISME.

Il semble, d'après les observations publiées à ce sujet, que le traumatisme en cause soit dans la majorité des cas un traumatisme local, et dans un quart des cas seulement, il est général ou répété.

c) INTENSITÉ DU TRAUMATISME.

Il ne semble pas que l'intensité du traumatisme soit en rapport avec l'importance des lésions, et l'on peut se trouver en présence d'une sclérodermie très étendue et devenant même par la suite généralisée, ayant à son origine un traumatisme insignifiant, alors que dans d'autres cas, on se trouverait en présence de lésions minimales occasionnées par un grand traumatisme ou une infection grave. Citons les observations de Du Bois où le traumatisme invoqué était soit un corset ou un vêtement trop serré, soit des coups de poing, soit des frottements répétés avec un bouton de culotte ou avec un bouton de col; l'observation de Omens, où après une insola-

tion, le malade fit une sclérodémie d'abord localisée, puis généralisée. Citons également les observations de Sympson (chute sur les genoux), celle de Torggler (chute sur la jambe droite en sautant un fossé), celle de Nixon (violent coup de pied sur la région fessière gauche), celle de Thiem (chute sur le pied), etc.

Dans d'autres cas l'intensité du traumatisme était plus grande encore : citons les cas de Ohier (chute d'un deuxième étage suivie de contusions), celle de Lebar et Routier (malade renversé par un tramway et projeté sur le bord du trottoir), etc.

D'autres fois, c'est un traumatisme post-opératoire qui est en cause; témoins : les observations de Morratt Baker où la sclérodémie apparut après l'ablation d'un sein, etc.

Dans tous ces cas et dans beaucoup d'autres, l'importance des lésions n'était pas du tout en rapport avec l'intensité du traumatisme ni avec sa répétition.

d) TEMPS QUI S'ÉCOULE ENTRE LE TRAUMATISME
ET L'APPARITION DU PREMIER ÉLÉMENT SCLÉRODERMIQUE.

De l'étude des observations qui servent de base à ce travail il résulte que, dans un certain nombre de cas tout au moins, le laps de temps écoulé entre le traumatisme et l'apparition de la sclérodémie est très variable. Dans certaines des observations rapportées par Thibierge dans son article « Scléro-

dermie et traumatisme » l'apparition des lésions est attribuée à un traumatisme datant de quelques années; dans d'autres au contraire, ce laps de temps est écourté et il varie de quelques mois à quelques jours.

Dans les observations de Torggler, de Schaffer, de Cullen, de Blaschko, de Touchard, de Dubreuil, de Gauch Sohier et de Courrèges, et dans celles de Omens, les lésions apparurent immédiatement après le traumatisme, sans que l'on puisse avoir plus de précision sur le temps exact écoulé entre le traumatisme et l'apparition des premiers signes de la maladie.

Dans les observations de Kingery, ce laps de temps était de trois semaines et dans celles de Weber, de Nixon, de Leslie Roberts, de Marrant Baker, d'un mois environ. Ce laps de temps de un mois est la durée moyenne qui sépare le traumatisme des premiers éléments sclérodermiques. Dans d'autres cas cet intervalle est de deux à six mois; enfin les observations où ce laps de temps est très grand, ont été également publiées, mais dans ces cas le rôle du traumatisme nous paraît plus douteux, sauf cependant dans les cas de Du Bois où le traumatisme, quoique lointain peut, par sa fréquente répétition, être invoqué pour expliquer les lésions sclérodermiques.

Nous voyons donc, qu'en général, ce laps de temps est très réduit; il varie habituellement entre quelques

jours et quelques mois, avec un maximum autour de trois semaines ou un mois.

e) RAPPORT DE SIÈGE DU TRAUMATISME
ET DES PREMIERS ÉLÉMENTS SCLÉRODERMIQUES.
ÉTUDE DE L'EXTENSION DES LÉSIONS.

Des observations rapportées dans ce travail, nous voyons que la sclérodermie est en rapport direct de siège avec le traumatisme, dans la grande majorité des cas.

L'extension des lésions se fait soit au voisinage des premiers éléments, soit en dehors, mais dans un cadre limité; quelquefois les éléments naissent un peu partout, sur n'importe quelle partie tégumentaire. Nous avons vu également, dans un grand nombre de cas, l'extension se faire dans le territoire des nerfs ou des racines touchés par le traumatisme: citons les observations de Nixon, où une bande de sclérodermie correspondait à la distribution du nerf cutané interne, à la face interne de la cuisse; une deuxième plaque allait de la partie supérieure du sternum jusqu'à l'acromion, en suivant les branches superficielles descendantes du plexus cervical; celle de Bunch, où la première plaque, née au niveau de l'échancrure sus-orbitaire droite, s'étendit en suivant le trajet du nerf sus-orbitaire droit; celle de Kingery, où l'extension s'était faite également dans le territoire du nerf touché par le traumatisme; celle de Gauch, Sohier et de Courrèges, où la topographie

des lésions épousait une disposition radiculaire des territoires C5, C6, C7; celle de notre Maître Touraine (mars 1933), où la topographie des lésions répondait à la distribution du troisième nerf intercostal.

Dans d'autres cas, nous remarquons une extension vers la symétrie : citons les deux observations de Du Bois; dans la première les lésions étaient réparties symétriquement au niveau des régions ovariennes, chez une femme hystérectomisée; dans la deuxième, les plaques étaient réparties symétriquement sur les flancs d'un champion de football, qui avait reçu, deux ans auparavant, des coups répétés sur les flancs, etc.

f) DIFFÉRENTS TYPES DE SCLÉRODERMIES.

Les différents types de sclérodermies peuvent être occasionnés par un traumatisme, mais la première place revient à la sclérodermie en plaques ou en bandes, puis à la sclérodactylie et enfin, dans quelques cas rares, à la sclérodermie généralisée. Dans certains cas, rares également, la sclérodermie commence par la forme en plaques ou même par la sclérodactylie et se généralise par la suite : citons les observations de Marrant-Baker et de Pringle où, après l'ablation d'un sein, apparut une sclérodermie, d'abord localisée au niveau de la cicatrice, puis généralisée par la suite; celles de Schaffer, de Touchard, de Blaschko, etc.

Nous renvoyons aux ouvrages classiques l'étude

de la description de ces différents types de sclérodermies, qui, dans le cas de traumatisme, se présentent sensiblement sous le même aspect clinique que dans les autres cas.

g) EVOLUTION.

Elle peut se faire :

1^o Vers l'extension : témoins, les cas de Leisrink, Torggler, de Nixon, de Dubreuil, de Schtschekin, de Thiem, enfin un des cas de Du Bois ;

2^o Vers la symétrie : témoins, les cas de Ohier, de Dubreuil, de Sysak ;

3^o Enfin, d'autres cas évoluèrent soit vers une amélioration manifeste, soit vers la guérison complète : citons les cas de Bouttier, de Schaffer, de Touchard, de Lebar et Routier, de Gauch, Sohier et de Courrèges, de Spillmann et Crehange, etc. où il n'y avait qu'une amélioration ; enfin ceux de Sympson, d'Aronstam, de Cullen, où la guérison était complète dans certains de ces cas, et à peu près complète dans d'autres.

h) EXAMENS COMPLÉMENTAIRES.

1^o Biopsie.

Dans les cas rares où la biopsie a été faite, les auteurs ont donné les résultats suivants :

a) Cas de Gauch, Sohier et de Courrèges. — Dans

ce cas, l'épiderme était un peu aminci, avec papilles peu développées, recouvrant un derme fibreux, dense, riche en collagène et pauvre en éléments cellulaires ; il y avait également une infiltration péri-vasculaire discrète.

b) *Cas de Payenneville et Caillau.* — Ces auteurs avaient trouvé dans l'examen histologique d'un fragment prélevé au niveau d'une plaque de « White spot disease » :

une atrophie inégale de l'épiderme, qui était hyperkératosé avec bouchons cornés ;
une sclérose très marquée sous-papillaire, avec infiltrats cellulaires périvasculaires et disparition totale du tissu élastique ;
quelques éléments nerveux atteints de sclérose interstitielle très nette.

Dans un autre cas, ces auteurs avaient rapporté les résultats suivants :

Hyperkératose très marquée avec un bouchon corné et atrophie segmentaire de l'épiderme, linéaire dans les zones atrophiées et plus épaisse dans les autres zones. Le collagène était hypertrophié ou dégénéré ; l'élastine raréfiée par places, condensée dans d'autres zones ; enfin, quelques lésions vasculaires.

c) *Cas de Matras Auguste.* — Il n'y avait qu'une dégénérescence des fibres musculaires.

d) *Cas de A. M. H. Gray.* — La biopsie avait montré l'existence d'une infiltration lymphocytaire au niveau des vaisseaux et dans la graisse du tissu cellulaire sous-cutané. L'endothélium des petits vaisseaux était plus gros que normalement ; il y avait çà et là, des vaisseaux thrombosés, par place de l'œdème de la couche basale de l'épiderme et par place encore, de la parakératose.

e) *Cas de MM. Touraine et Lortat-Jacob.* — Dans ce cas il y avait un épiderme aminci avec légère parakératose et diminution de la couche cornée ; les formations papillaires étaient réduites ; le derme présentait une surcharge très dense en faisceaux conjonctifs, s'étendant jusqu'à la couche basale. Les cellules conjonctives*étaient peu nombreuses et les infiltrats leucocytaires rares. Les glandes sudoripares étaient normales et non raréfiées. Quant aux lésions vasculaires, elles se résumaient tout au plus, à une légère dilatation des capillaires ; il n'y avait ni endo- ni périvascularite.

2° Etude du métabolisme du calcium.

Sur les quatre observations relevées dans la littérature, traitant du métabolisme du calcium, ce dernier était :

Normal : Cas de Matras Auguste ;
Cas de Touraine et Lortat-Jacob.

Augmenté : de 12 % dans le cas de M. Hufschmitt ;

de 28 % dans le cas de Lortat-Jacob,
Fernet et Bureau.

3° Ponction lombaire.

Seul, M. Touraine a examiné le liquide céphalo-rachidien dans cette affection. Dans le cas qu'il rapporte, la ponction lombaire avait donné les résultats suivants : albumine 0 gr. 15 ; lymphocytes 0,3 ; réaction de Wassermann : négative. Il n'y avait donc pas d'altération du liquide céphalo-rachidien.

4° Etude de la sensibilité.

La sensibilité était :

Normale : dans les observations de Aronstam,
Ohier, Wolfler, Dubreuil, Nixon, Bernhardt,
Bouttier, Ullmann.

Diminuée : dans les cas de Thiem, Gauch,
Sohier et de Courrèges.

Abolie : dans un des cas de Du Bois.

Augmentée : dans le cas de Blaschko.

Enfin, Lebar et Routier, d'une part, et notre maître Touraine, d'autre part, avaient trouvé dans les cas qu'ils avaient publiés, les résultats suivants : chez le premier, la sensibilité était normale au tact, à la douleur et à la chaleur en peau saine ; les sensations étaient retardées là où l'induration était la

plus forte ; il y avait également une anesthésie à la nuque, une sensibilité thermique diminuée aux membres inférieurs et abolie aux membres supérieurs. Dans le deuxième cas, la sensibilité au tact et à la piqure était normale en peau saine, diminuée en zone érythémateuse et nulle sur les éléments scléreux et blancs ; il n'y avait pas de troubles de la sensibilité thermique sur les plaques elles-mêmes.

5° Etude des tests sympathiques.

Il n'est pas fait mention de cette étude dans tous les cas que nous avons pu relever dans la littérature des sclérodermies avec traumatisme, sauf dans le cas de M. Touraine, où elle s'était montrée négative.

a) L'étude du réflexe pilo-moteur, au pincement ou au chlorure d'éthyle, n'avait pas montré de différence d'un côté à l'autre ;

b) L'épreuve de la pilocarpine était également négative : après injection d'un centigramme de chlorhydrate de pilocarpine, la sudation était aussi marquée au voisinage des plaques que de l'autre côté ; une injection d'adrénaline avait arrêté cette sudation, également des deux côtés et dans le même laps de temps.

c) L'action de l'adrénaline sur la tension artérielle était également négative. Il semble donc, dans ce cas tout au moins, que les tests sympathi-

ques n'aient subi aucune modification dans le territoire atteint, par rapport au côté sain.

6° Radiographie.

Dans certains cas avec traumatisme, la radiographie avait montré la présence de concrétions calcaires ; témoins : l'observation de Jadassohn et celle de Milian, Périn et Horowitz, etc.

Anatomie pathologique

L'aspect anatomo-pathologique des lésions sclérodermiques est différent suivant les cas et les prélèvements. Ainsi, l'image histologique d'une plaque jeune en voie d'extension, peut naturellement être différente de celle que présentera cette même plaque arrivée à l'état scléreux ou atrophique ; de même une biopsie différera selon qu'elle sera pratiquée sur le « Lilac ring » ou au centre de la plaque sclérodermique. D'autre part, des lésions couramment observées en cas de sclérodermies en général, peuvent faire complètement défaut en cas de sclérodermies avec traumatisme.

Quoi qu'il en soit, l'étude histologique des sclérodermies en général, montre une condensation du tissu conjonctif dans lequel on ne distingue plus les faisceaux ; le réseau élastique est conservé et paraît plus riche en raison de son tassement.

a) EPIDERME.

En général, il est aminci, la couche cornée est partiellement parakératosique, le corps papillaire est aplati et effacé. Toutes les formations annexes

de l'épiderme : follicules pileux, glandes sébacées, glandes sudoripares sont en général raréfiés.

Dans les cas particuliers de sclérodermie avec traumatisme, l'étude de l'épiderme et de ses annexes montrait de très légères modifications : ainsi les glandes sudoripares étaient normales et non raréfiées dans le cas de Touraine et de Lortat-Jacob.

b) DERMÉ.

En général il présente une surcharge très dense en faisceaux conjonctifs, qui s'étend jusqu'à la couche basale ; on y rencontre également, en particulier autour des vaisseaux ou des follicules pilosébacés, des amas cellulaires constitués de cellules mononucléées ; quelques lymphocytes et quelques rares plasmocytes ; il n'y a en général, ni polynucléaires, ni éosinophyles.

Dans les cas particuliers de sclérodermie avec traumatisme que nous avons relevés, le derme était très pauvre en éléments cellulaires et les infiltrats leucocytaires étaient très rares.

c) ETUDE DES LÉSIONS VASCULAIRES.

En général, les vaisseaux sont le siège d'altérations plus ou moins importantes, consistant en endopériartérites et phlébo-scléroses pouvant aboutir à la suppression complète de la lumière. Pautrier a d'ailleurs beaucoup insisté sur ces lésions

vasculaires qu'il considère presque comme pathognomoniques des états sclérodermiques.

Dans certains cas avec traumatisme, il n'y avait pas de lésions analogues. Chez le malade de notre Maître Touraine, les lésions vasculaires étaient presque inexistantes ; il n'y avait ni endo-ni périvascularites. L'endothélium des capillaires était normal ; il y avait peut-être une légère dilatation de ces capillaires. Dans le cas de Gauch, Sohier et de Courrèges, ces lésions étaient réduites à une infiltration périvasculaire discrète ; dans le cas de Payenneville et Caillau, les lésions vasculaires étaient également discrètes ; enfin dans le cas de Gray, l'endothélium des petits vaisseaux était plus gros que normalement ; çà et là, il y avait quelques vaisseaux thrombosés.

Pathogénie

La pathogénie de la sclérodermie est encore bien obscure. Plusieurs théories sont en présence et chacune d'elles apporte des documents plus ou moins convaincants. Malheureusement, les cas publiés ne sont pas assez nombreux pour permettre de prendre parti pour l'une ou l'autre théorie.

a) THÉORIE VASCULAIRE.

Elle se base sur le fait que les altérations des petits vaisseaux du derme se propagent par continuité à la trame fibro-conjonctive. Elle est très soutenable dans un grand nombre de cas.

Dans les cas particuliers de sclérodermies avec traumatisme qui font l'objet de notre étude, nous n'avons pas trouvé de lésions vasculaires : Il semble donc, dans ces cas particuliers tout au moins, qu'il faille chercher en dehors de cette théorie la pathogénie de cette affection.

b) THÉORIE ENDOCRINO-SYPATHIQUE.

Dans les sclérodermies en général, il n'est pas exceptionnel d'observer la coexistence de cette affec-

tion avec les signes de la maladie de Basedow ; d'autre part, il y a fréquemment augmentation du métabolisme basal. Ces arguments, joints à d'autres plus rares, tels que la coexistence de signes cliniques de dysendocrinies et d'hypertonie parasympathique, les cas de sclérodermies après castration (Schwartz), les dépôts calcaires qu'on a signalés, sont autant d'éléments en faveur de cette théorie.

Dans les cas particuliers de sclérodermie avec traumatisme, nous n'avons pas relevé de coexistence de cette affection avec les signes de la maladie de Basedow ; d'autre part, dans les quatre observations que nous avons pu relever et où il est question du métabolisme basal, ce dernier était augmenté dans deux cas, normal dans les deux autres cas ; enfin les dépôts calcaires dont il est question dans l'observation de Jadassohn et dans celle de Milian, Perin et Horowitz, sont en faveur de la théorie endocrinienne.

Nul doute que le sympathique joue un grand rôle dans la production des sclérodermies en général. Dans le cas particulier de Touraine et Lortat-Jacob, l'étude des tests sympathiques était complètement négative. Cet argument nous paraît d'une valeur assez grande pour penser que le sympathique n'avait joué aucun rôle dans le développement des lésions, dans ce cas particulier tout au moins.

c) THÉORIE NERVEUSE.

Cette théorie apporte, à notre avis, plus d'arguments en sa faveur :

La distribution spéciale des lésions sclérodermiques dans certains cas, leur topographie si spéciale, qui, dans un grand nombre de cas, correspond aux territoires de distribution cutanée des nerfs périphériques et dans d'autres cas plus rares, aux zones radiculaires ;

L'existence des troubles sensitifs relevés sur les éléments d'un certain nombre de cas de sclérodermies, sont autant d'arguments en faveur de cette théorie nerveuse.

La disposition des plaques sur le trajet des nerfs, un liquide céphalo-rachidien normal, du moins dans le cas où cet examen a été fait, sont deux éléments peu en faveur d'une origine radiculaire.

L'origine nerveuse de certaines sclérodermies et en particulier des sclérodermies traumatiques est donc très probable, et dans le cas particulier de notre Maître Touraine ainsi que dans les autres cas où il y avait extension des lésions en suivant le trajet d'un nerf périphérique, les éléments invoqués font songer surtout à une origine tronculaire.

Il semble donc, d'après cette étude, que dans un certain nombre de cas tout au moins, on puisse reconnaître le rôle du traumatisme à l'origine de certains états sclérodermiques, ce traumatisme

lésant dans un grand nombre de cas, le nerf qui traverse la région traumatisée. Ce traumatisme aurait une action déclanchante dans un certain nombre de cas de sclérodermies ; il est contestable qu'il soit seul en cause et, avec Sézary, nous pensons qu'il faudrait incriminer avant tout une cause générale ; car tous les sujets ne font pas une sclérodermie à la suite d'un traumatisme. Il est probable qu'il y ait des sujets prédisposés à cette affection et le traumatisme ne ferait que déclancher cette affection, chez ces sujets prédisposés.

Traitement

Il était classique de dire que les lésions sclérodermiques étaient inguérissables. Aujourd'hui, différents essais thérapeutiques paraissent donner quelques résultats.

Nous distinguerons les médications internes parmi lesquelles les salicylates et l'opothérapie occupent la première place, et les médications externes qui peuvent se résumer en :

Hydrothérapie, courants continus, bains électriques, cures sulfureuses, etc.

Sauf le cas de Schaffer, où le traitement salicylé a amené une régression des lésions, cette thérapeutique n'a rien à son actif.

L'Opothérapie a rendu service dans un grand nombre de cas : citons l'observation de Cullen (1904), où la guérison fut obtenue graduellement par le traitement thyroïdien à doses progressivement croissantes; le cas de M. J. Roederer de Strasbourg, avec guérison en quelques mois par le traitement opothérapique (trois comprimés de Syncrine Choay OTH par jour). Ce cas n'est pas traumatique.

L'Hydrothérapie, les bains chauds, les cures aux

eaux sulfureuses, les bains de boue, peuvent être des adjuvants utiles. Les massages, les onctions et les emplâtres n'ont donné aucun résultat.

Brocq insiste beaucoup dans son article publié dans les *Annales de Dermatologie* (1898) page 113, sur le traitement des sclérodermies par l'électrolyse négative, mais ce traitement ne semble agir que dans les cas de sclérodermies généralisées.

Cet auteur nous fait quelques recommandations fondamentales sur le mode d'emploi de sa méthode : agir avec prudence pour éviter la production d'escharres et la persistance des cicatrices consécutives ; espacer suffisamment les piqûres d'aiguilles pour que les zones de décoloration produites par le passage du courant ne se rejoignent pas. Employer des intensités électriques faibles afin de pouvoir faire un nombre de piqûres plus élevé ; il prétend que l'action du courant électrique ne se borne pas aux points attaqués, des effets favorables se produisant à distance sur une même plaque ou même sur des plaques non traitées directement.

Ces dernières années, différents essais ont paru donner des résultats satisfaisants :

Les injections d'insuline : cas de Leszezinski (mars 1932).

Les injections de pilocarpine à la dose de 5 cgr. en sous-cutanée et de 5 mgr. en intra-veineuse : cas de Courrèges (fév. 1929).

Les injections intra-musculaires d'huile de Chaul-

moogra, deux fois par semaine : cas de Aronstam (déc. 1929).

Enfin Weissenbach a obtenu une guérison complète au bout d'un an de traitement ; il a constaté l'arrêt de l'extension des plaques un mois après le début de ce traitement, qui a consisté en l'administration de : trois pilules quotidiennes de 5 cgr. de Thiosinamine iodée, et des frictions avec une pommade à base d'insuline à 0 gr. 35 %.

En résumé, la diversité des traitements prouve à elle seule que la thérapeutique des sclérodermies n'est pas encore tout à fait au point. Les derniers essais paraissent encourageants et parmi eux, nous retiendrons :

Le traitement de Weissenbach, avec Thiosinamine iodée et pommade à l'insuline ;

Les injections à l'huile de Chaulmoogra, et enfin uniquement en cas de sclérodermie généralisée, le traitement de Brocq par l'électrolyse négative.

Il serait bon d'ajouter à ces différents traitements, les iodures, en particulier l'iodure de sodium, enfin le bromure de potassium.

Observations

OBSERVATION I.

(N. E. Aronstam, *Urol. et Cutan. Rev.*, 33, p. 812-814, déc. 1929.)

Jeune fille de 15 ans. Pas d'antécédents familiaux. Large brûlure à la figure pendant son jeune âge, laquelle a nécessité une greffe. Il y a sept mois, elle s'est cognée le bras droit au dossier d'une chaise ; il n'y a pas eu de lésions au moment même, à l'endroit du coup, sauf une ecchymose légère qui a disparu en moins de 15 jours ; il n'y a pas eu de fracture ni de pertes des fonctions du membre.

Deux mois après la blessure, une plaque de sclérodermie est apparue au siège du traumatisme, puis s'étendit rapidement en remontant vers le tiers supérieur de l'avant-bras, et à 1 cm. au-dessous du métacarpe. L'image clinique est la suivante :

On remarque une teinte cireuse par endroits, jaune, brun livide ou lilas en d'autres endroits ; des bandes longitudinales très marquées se trouvent le long de la surface d'extension du bras droit. La peau ne peut plus se plisser ; elle est rigide, tendue. La sensibilité à la douleur est normale. Le B.-W. a été cinq fois négatif.

La malade a reçu des injections intra-musculaires deux

fois par semaine d'huile de Chaulmoogra, du 8 août 1921 au 23 décembre 1921. Il y avait déjà une amélioration ; puis on continua les injections par intermittence. Jusqu'au 23 mai 1923 on continua l'huile de Chaulmoogra en même temps que des produits à base de potassium et d'arsenic à doses progressives ; au 23 mars 1924, les lésions avaient presque disparu. Le 3 octobre 1929, donc cinq ans après, la peau est revenue complètement à la normale ; il n'y avait plus trace de l'ancienne lésion.

OBSERVATION II.

(Blaschko, *Berliner Dermatologische Gesellschaft*, 13 déc. 1904.)

(G. Thibierge, *Annales Dermato.*, 1914-1915.)

Femme de 46 ans, bonne d'enfants. En 1886, elle se fit à l'index droit une blessure avec une écharde de bois. En rapport avec cette blessure, se développa en même temps que les douleurs vives à l'extrémité de tous les doigts, une sclérodactylie des deux mains. Plus tard, le visage, les pieds et les jambes furent atteints. A la partie postérieure de la jambe on notait en outre l'existence de deux bandes lilas de 8 cm. $\times$ 1 cm. $\frac{1}{2}$. Il y avait également une hyperesthésie dans le tiers inférieur du membre. La malade a été traitée par des piqûres de thiosinamine ; elle a reçu 100 piqûres. On lui administra également de l'aspirine ; enfin un traitement à la haute fréquence.

OBSERVATION III.

(Bernhardt, *Berliner klinische Wochenschrift*, 22 nov. 1875,
p. 635.)

(G. Thibierge, *Annales Dermato.*, 1914-1915.)

Homme de 27 ans, alcoolique. A eu pendant son service militaire des varices à la jambe gauche. A Noël 1873, il se cogna sur la crête du tibia ; il en résulta une petite plaie, qui guérit difficilement. Dans le cours de l'année 1874, il y eut, sur quelques points de la jambe, du prurit avec induration de la peau, qui, dans le cours de l'hiver suivant, s'étendit à la cuisse. La peau est lisse et brillante, d'un rouge livide sur le tiers supérieur de la jambe, tandis que le tiers inférieur se laisse encore plisser et n'a qu'une légère coloration diffuse.

Sur le genou et la cuisse, bandes scléreuses ; une plaque scléreuse sur la moitié inférieure de la face antérieure de la jambe, une autre sur la partie postérieure de la cuisse droite, s'étendant presque jusqu'au pli fessier. Il n'y a ni douleur, ni œdème. La sensibilité est normale ; la conductibilité du courant électrique est meilleure du côté malade que du côté sain.

Dans les antécédents, il n'y avait ni tuberculose, ni syphilis.

OBSERVATION IV.

(Barthélémy, *Archives dermato.*, 1929, p. 629-634.)

M. X..., âgé de 49 ans, commerçant, grand buveur, atteint de troubles gastro-intestinaux et de rhumatisme

polyarticulaire, médicalement reconnus, faisait toutefois encore preuve d'activité dans ses affaires. Le 21 juin 1927, il conduisait son automobile lorsque celle-ci fut heurtée, dans un passage à niveau, par une locomotive. L'arrière de la voiture fut atteint, mais M. X... ne fut pas blessé et il put repartir avec cette même voiture et en la conduisant lui-même. Il ne fut pas obligé de s'aliter dans les jours qui suivirent, malgré la violence de l'émotion qu'il déclare avoir ressentie.

Dès le 1^{er} juillet, c'est-à-dire neuf jours après l'accident, le médecin consultant aurait constaté l'apparition simultanée de rhumatisme déformant et de sclérodermie ; mais d'autres certificats délivrés par d'autres médecins ne parlaient pas encore de sclérodermie jusqu'au 20 août. Huit mois après l'accident, le malade présentait une ankylose généralisée des quatre membres, de la colonne vertébrale, du cou et des mâchoires.

Les téguments présentaient l'aspect habituel de la sclérodermie : peau pâle et lisse ne pouvant être mobilisée sur les plans sous-jacents. Pas d'atrophie musculaire, ni de troubles de la sensibilité tactile et thermique. Pas de signes de lésions du système nerveux central.

Quelque temps après, l'examen montrait : l'atrophie des téguments qui recouvrent les mains et les pieds, si bien que tous les mouvements des doigts et des orteils étaient abolis. Même rétraction des téguments sur la face, le nez, les oreilles, le pourtour de la bouche, donnant à la physiologie l'aspect inerte classique, empêchant l'ouverture large de la bouche. La peau était sèche et luisante, pâle, tendue sur les articulations qui, de ce fait, devinrent enrai-

dies presque partout. Il n'y avait pas encore de troubles respiratoires assez accentués. Le malade était déjà dans l'incapacité absolue de se livrer à aucun travail.

OBSERVATION V.

(E. Bouttier, thèse Paris, 1886.)

(G. Thibierge, *Annales dermat.*, 1914-1915.)

Homme de 51 ans, porteur aux Halles. Un matin, après avoir soulevé un lourd fardeau, il ressentit une forte douleur dans les deux bras, qui, dès le lendemain, étaient devenus d'un bleu violacé ; un médecin lui dit qu'il s'était « cassé les veines ». Cette coloration persista avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation pendant deux mois et il remarqua en même temps qu'il ne pouvait plus étendre complètement le coude. Au bout de deux mois, gêne des mouvements des jambes, devenues raides, avec fourmillements et placards de coloration bleu violacée. Les lésions occupent exclusivement les quatre membres, avec prédominance à gauche. Au bras gauche, bande occupant la partie externe ; l'avant-bras est atteint dans toute sa hauteur et toute sa circonférence. Aux jambes, les lésions ont une disposition analogue.

OBSERVATION VI.

(Bunch, *British Journal of Dermatology*, janvier 1909, p. 24.)

(G. Thibierge, *Annales dermat.*, 1914-1915.)

Fillette de 5 ans ; tomba d'une balustrade sur le front il y a deux ans, et au niveau du coup apparut, une ou deux

semaines plus tard, une petite tache qui s'étendit graduellement. Il y a maintenant une tache atrophique, déprimée, jaunâtre, allant de l'échancrure sus-orbitaire droite au cuir chevelu, suivant le trajet du nerf sus-orbitaire droit.

OBSERVATION VII.

(Busch, *Zentralblatt*, août 1932, p. 671.)

Femme de 51 ans. Depuis plusieurs années, existe sous l'orbite droite une cicatrice. Au cours des derniers six mois, cette cicatrice s'étendit et s'indura.

A la date de publication de cette observation, la malade présentait une plaque de la grandeur d'une pièce de 1 franc, dure, à surface lisse, blanchâtre, luisante. L'induration pénétrait profondément dans la peau et se laissait déplacer.

OBSERVATION VIII.

(Eugène Collin, thèse Paris, 1886.)

(G. Thibierge, *Annales dermat.*, 1914-1915.)

Garçon de 20 ans, vu par E. Besnier, le 22 juillet 1882. A eu, il y a sept ans, une fracture de côte, qui a déterminé une excavation sur le côté gauche.

Sans aucune cause appréciable, il a vu apparaître en avril 1882, une plaque blanche et dure qui occupe l'extrémité inférieure gauche du sternum.

OBSERVATION IX.

(Cullen, *Johns Hopkins Hospital. Bulletin*, 1904, p. 180.)

(G. Thibierge, *Annales dermat.*, 1914-1915.)

Jeune fille de 14 ans, atteinte de sclérodermie sur la face postérieure de l'épaule gauche, datant d'une blessure que la malade s'était faite il y a vingt-cinq mois en se cognant contre une table. La plaque, de forme irrégulière, s'étend de la pointe de l'acromion à quelques millimètres de la base de l'épine de l'omoplate ; sa limite supérieure correspond au bord antérieur du trapèze, l'inférieure passe à un travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate. Le centre de cette plaque présente une apparence atrophique et un teint ivoire ; les bords sont écaillés et de coloration jaunâtre. La peau est épaissie, ne se pince pas, ne se plisse pas. Il n'y a pas de sensibilité à la douleur.

A son admission le 8 août 1904, on lui fit d'abord de l'extrait thyroïdien à dose progressive tous les deux jours ; reprise des faibles doses toutes les semaines pour arriver aux plus fortes à la fin de chaque semaine. Grâce à ce traitement, la peau est devenue moins dure et a repris graduellement sa coloration normale et sa consistance.

OBSERVATION X.

(Du Bois, *Bulletin Soc. franç. dermat.*, mai 1929.)

Sur les flancs d'une jeune femme de 32 ans, il y avait de larges bandes de sclérodermie évoluant depuis dix ans sur les régions autrefois traumatisées par un corset trop serré,

mais qui n'a jamais provoqué la moindre excoriation. C'est quatre ans après la suppression du corset que l'atrophie cutanée s'était installée. Elle avait débuté par des taches régulièrement rondes qui, par confluence, avaient petit à petit, constitué de larges bandes.

OBSERVATION XI.

(Du Bois, *Bulletin Soc. franç. Dermato.*, mai 1929.)

Sur les flancs d'un jeune homme de 22 ans, sont apparues à l'âge de 18 ans, de grandes taches pigmentées, symétriques et parsemées de plaques sclérodermiques régulièrement ovales, légèrement déprimées, à surface absolument lisse et d'un blanc nacré, qui ne peut être confondue avec la surface d'une tache de vitiligo.

Deux ans auparavant, il avait reçu des traumatismes particulièrement renouvelés dans les flancs alors qu'il était champion de football.

OBSERVATION XII.

(Du Bois, *Bulletin Soc. franç. Dermato.*, mai 1929.)

Chez un homme de 30 ans, existe depuis trois ou quatre ans, un triangle de peau atrophique, dont le sommet part de l'ombilic et dont la base s'appuie au pubis.

La lésion frappe par son unilatéralité, la pigmentation de ses bords, l'atrophie plus marquée de la région centrale et l'absence de sensibilité sur toute la superficie du triangle.

Le malade raconte que pendant une saison, le bouton supérieur de son pantalon l'a gêné chaque fois qu'il s'ap-

puyait à un pupitre pour dessiner, que juste en-dessous de l'ombilic, la peau a été pendant un certain temps rouge, mais jamais excoriée et qu'à partir de ce point enflammé, grand comme un bouton de culotte, la lésion s'est progressivement étendue sous la forme de ce triangle atrophique.

OBSERVATION XIII.

(Du Bois, *Bull. Soc. Franç. Dermato.*, mai 1929.)

Chez une femme de 45 ans, entrée à l'hôpital pour tuberculose pulmonaire avancée, nous constatons sur la face, des plaques de morphee typiques régulièrement rondes, « White Spot » caractéristique, apparues dix ans auparavant, sans que la malade puisse donner aucune explication sur leur origine.

En la questionnant longuement, nous apprenons que, dans les années qui ont précédé l'apparition de ces taches, elle a reçu de nombreux coups de poing, qui n'ont produit que des lésions contondantes.

OBSERVATION XIV.

(Du Bois, *Bull. Soc. Franç. Dermato.*, mai 1929.)

Une jeune syphilitique dont nous avons suivi la roséole cantonnée à la poitrine et aux flancs, n'a jamais eu d'autres accidents cutanés, mais quatre ans plus tard, sont apparues dans les deux aisselles des vergetures rondes typiques qui n'ont été précédées d'aucune érosion ou ulcération et que nous attribuons au traumatisme continu d'un vêtement trop serré.

OBSERVATION XV.

(Du Bois, *Bull. Soc. Franç. Dermato.*, mai 1929.)

Une femme de 29 ans, hystérectomisée à 18 ans, pour kyste de l'ovaire, voit apparaître deux ans après, des plaques atrophiques et pigmentées sur son abdomen, les deux premières symétriquement réparties au niveau des régions ovariennes, les suivantes dans leur voisinage.

OBSERVATION XVI.

(Dubreuil, *Annales Dermato.*, avril 1909, p. 255.)

(G. Thibierge, *Annales Dermato.*, 1914-1915.)

Fillette de 6 ans. Vers l'âge de deux ou trois ans, a reçu sur le côté droit de la tête, un coup, qui a produit une plaie ayant laissé une cicatrice. Peu à peu, cette cicatrice bordée de brun s'est déplacée en suivant un trajet dirigé en bas et en avant et en laissant un sillon partant du voisinage de la suture occipito-pariétale, pour aboutir à l'apophyse orbitaire externe du côté droit.

A l'examen, plaque arrondie au niveau de l'apophyse orbitaire externe du côté droit, d'une blancheur mate, bordée de brun, recouverte d'un épiderme un peu écaillé, un peu déprimé. La peau, en cet endroit, est dure, lardacée mais non épaissie ; elle est plus tendue et moins mobile que la peau voisine. Les plis normaux ont disparu ainsi que les poils, de sorte que la queue du sourcil est un peu entamée.

Cette plaque se prolonge en haut sur une longueur de

3 cm. par une trainée brunâtre, atrophique, déprimée, où la peau amincie et glabre est tendue, mais non adhérente à l'os frontal.

OBSERVATION XVII.

(Eddowes, *British Journal of Dermato.*, oct. 1905, p. 373.)
(G. Thibierge, *Annales Dermato.*, 1914-1915.)

Jeune officier de police présentant au niveau de la partie moyenne du muscle sterno-mastoïdien gauche une tache blanche entourée d'une zone congestive et légèrement saillante, dure et épaissie, qu'il avait remarquée cinq semaines auparavant.

Le malade supposait que son cou avait été frotté par le col de la tunique.

OBSERVATION XVIII.

(Fillié, *Zentralblatt*, 20 mars 1931, p. 603.)

Femme de 67 ans, présente, sur les deux extrémités droites, de l'atrophie tissulaire. Début il y a vingt ans à la suite d'un traumatisme psychique. Dans la suite, apparurent des phénomènes thermiques non explicables et il y a trois ans, une infection de la peau avec phénomènes de sclérodermie.

OBSERVATION XIX.

Gauch. Sohier et de Courreges (*Zentralblatt*,
5 août 1931, p. 16 ; *Bull. Soc. Franç. Dermato*, fév. 1929.)

Homme de 21 ans. L'affection pour laquelle il rentre à l'hôpital aurait débuté en juillet 1928. A la suite d'une contusion de l'avant-bras droit, il ressentit un peu d'engourdissement, puis de la gêne des mouvements de flexion et d'extension. Dans les jours suivants, apparut dans la région traumatisée, une plaque de couleur blanchâtre, avec infiltration des téguments, qui s'est par la suite étendue au bras, à l'avant-bras, au cou du même côté, puis à la région para-vertébrale droite, à la fesse et à la cuisse. A l'examen, on constate : le long du bord externe du bras et de l'avant-bras droit une infiltration ligneuse en bandes, intéressant également les deux tiers externes de la main et s'arrêtant à la première phalange de l'annulaire. La zone lésée, de largeur variable, est partout de consistance lardacée ; elle est le siège de troubles pigmentaires du type leuco-mélanodermique avec dyschromie des zones les plus hautes en couleur et réalise par endroits, du fait de sa structure aréolaire emprisonnant des macules scléro-atrophiques et leucodermiques, un véritable aspect de poikilodermie, surtout évident dans la région sus-épineuse droite. Sur toute la surface de la bande, la peau est lisse, fine, craquelée. Ces lésions déterminent une gêne fonctionnelle, marquée surtout par une difficulté de la supination qui est limitée à 40°.

Les lésions s'arrêtent à la ligne épineuse et il est inté-

ressant de remarquer que leur topographie épouse une disposition radiculaire des territoires C⁵ C⁶ C⁷.

A la face, existent deux plaques infiltrées, une dans la région malaire, l'autre dans la région mentionnière droite.

Dans la région paravertébrale droite, un peu au-dessous de l'épine de l'omoplate, on remarque une plaque infiltrée, brune, de la dimension d'une pièce de 5 francs.

Dans la région lombaire, au niveau de D¹² et de L³, on constate deux bandes de sclérodémie de coloration brun foncé, s'étendant sur 20 cm. environ et s'arrêtant en dedans près de la ligne des apophyses épineuses.

Enfin, à la fesse et à la cuisse, correspondant sensiblement aux territoires de S² S³, existe une bande sclérodémique également brune.

L'examen du système nerveux est négatif. A part une très légère hypoesthésie au niveau de la bande brachiale, il n'y a aucun trouble de la sensibilité et de la réflectivité.

Biopsie. — Pratiquée sur l'un des éléments de l'épaule, a montré un épiderme un peu aminci avec papilles peu développées, recouvrant un derme fibreux, dense, riche en collagène et pauvre en éléments cellulaires. D'autre part, une infiltration périvasculaire discrète.

Radiologie. — Squelette normal au niveau du membre supérieur et au niveau du rachis. Une lombalisation de la première vertèbre sacrée avec bifidité de l'apophyse transverse de la troisième lombaire. Le B.-W. après réactivation est négatif.

En résumé, il s'agit d'une sclérodémie en bandes et en plaques, avec dyschromies pigmentaires, localisée à la

partie droite du corps, et affectant sensiblement une disposition radiculaire.

Pas de syphilis, pas de tuberculose, pas de troubles endocriniens nets.

Traitement. — Pilocarpine intra-veineuse, qui assouplit très nettement les téguments scléreux.

OBSERVATION XX.

(A. M. H. Gray, *Zentralblatt*, oct. 1932, p. 358.)

Infirmière de 30 ans, traitée jusqu'il y a deux ans pour tuberculose ouverte avec pneumothorax, phrénisectomie et plus tard avec la sanocrysine.

Depuis un an, d'abord des abcès axillaires, puis au niveau du tronc et des extrémités inférieures. En avant, les deux lésions se réunissent au niveau de l'épaule (en partant de l'aisselle) et au niveau de la partie inférieure du cou. Ici, la peau est rouge brun et desquame. Au niveau de la clavicule et du sternum, la peau est blanche et sclérodermique, tandis qu'en plusieurs endroits il y a des points blancs. Sur les cuisses et le creux poplité, des plaques semblables avec atrophie centrale.

Microscope. — Pour les plaques des cuisses : infiltration lymphocytaire au niveau des vaisseaux, et des îlots de ces infiltrations dans la graisse du tissu sous-cutané ; l'endothélium des petits vaisseaux est plus gros que normalement ; çà et là, des vaisseaux thrombosés, et par place, œdème de la couche basale de l'épiderme et par place encore, de la parakératose.

OBSERVATION XXI.

(Hudelot et Rabut, *Bull. Soc. Franç. Dermato.*, mai 1929, p. 938.)

Il s'agissait d'une malade âgée de 52 ans et qui, à la suite d'une exposition prolongée au soleil, vit se produire une modification des téguments de la région cervicale.

Lorsque cette malade vint nous consulter, un an plus tard, pour une raideur au cou, qui lui donnait une sensation de carcan, nous pouvions constater une sclérodermie typique, engainant la région cervicale, respectant entièrement la face, et nettement limitée, en bas, sur le thorax, par une bordure liliacée, dessinant une échancrure de corsage. L'épaississement scléreux de la peau, sans squames, ni télangiectasies, ni ulcérations, ni verrucosités, la présence du « Lilac ring », l'histoire de la lésion et l'âge de la malade permettaient bien d'affirmer qu'il s'agissait, non pas de xeroderma pigmentosum, mais de sclérodermie.

OBSERVATION XXII.

(M. Hufschmitt, *Bull. Soc. Franç. Dermato.*, mai 1929, p. 897.)

B. J..., 42 ans, exerce la profession de nettoyeur de bouteilles dans une brasserie. Il y a deux mois, il a constaté que ses mains, trempées dans l'eau froide, se cyanosaient et devenaient douloureuses. Depuis, gêne progressive dans les mouvements des doigts.

10 mai 1929 : Sclérodactylie, au début affectant surtout

l'index et le médius de chaque main ; cyanose, pas de syncope ni d'ulcération.

Rien dans les antécédents. B.-W. négatif ; métabolisme basal augmenté de 12 %. L'épreuve de Parisot et Richard n'indique cependant aucun hyperthyroïdisme. Le fonctionnement de la thyroïde paraît normal.

OBSERVATION XXIII.

(Jadassohn, *Zentralblatt*, 20 sept. 1931, p. 449.)

Sclérodermie circonscrite après traumatisme.

Jeune fille de 15 ans. Il y a neuf mois, après chute sur le coude gauche, elle observa une induration dans les muscles du bras ; il n'y avait encore pas de taches sur les téguments. Dans le tiers inférieur de l'avant-bras, on constate des indurations en bandes. La peau, au-dessus du biceps, dans une région grande comme une petite soucoupe, est légèrement luisante, de couleur ivoire et adhérente au muscle, qui est dur à la palpation. Dépigmentation ivoire de la peau et induration en bandes de la musculature et du milieu du pli du coude, allant jusqu'au poignet.

La supination et l'extension complète des quatre derniers doigts est impossible.

A la radiographie : concrétions calcaires dans les parties molles musculaires.

OBSERVATION XXIV.

(Kerl, *Zentralblatt*, 20 sept. 1932, p. 164.)

Plaques sclérodermiques de la dimension d'une soucoupe, sur les cuisses. Au niveau de quelques-unes de ces

plaques, il s'est formé, à cause de l'irritation du pantalon, des ulcérations, rares au niveau des peaux sclérodermiques.

OBSERVATION XXV.

(L. B. Kingery, *Arch. Dermat. et Syph.*,
Chicago, 1922, n. s., V, 579-583.)

Jeune homme de 26 ans, étudiant en médecine de l'Université de Michigan. Pas d'antécédents.

Début : Janvier 1920, le malade a remarqué que la partie inférieure de la molaire gauche était sensible à la pression et au changement de température. Douleur intermittente pendant trois semaines.

Un examen approfondi a montré l'existence d'un abcès remontant jusque dans la gencive. Extraction de la dent sous anesthésie locale et incision de l'abcès ; trois semaines après l'extraction, apparition d'une petite macule sur la joue opposée à la dent arrachée, qui a envahi progressivement (en quatre à cinq semaines), la moitié inférieure du côté gauche de la face.

Huit semaines après, épaississement et sensation de raideur à l'endroit affecté primitivement, qui resta stationnaire pendant deux mois ; puis, régression de la lésion, caractérisée par une diminution de l'infiltration et le retour de la coloration normale de la peau. Quelque temps plus tard, une autre molaire du même côté a été arrachée, mais sans autre inconvénient.

Au courant de la maladie, l'extension s'est faite dans le territoire du nerf touché par le traumatisme.

OBSERVATION XXVI.

(Krzystalowicz, *Monatshrifte f. praktische Dermatologie*,
1^{er} fév. 1906, t. XLII, p. 143.)

(G. Thibierge, *Annales Dermato.*, 1914-1915.)

Servante de 15 ans. Rapporte l'étiologie de sa maladie à une petite plaie qu'elle s'était faite à la jambe droite, environ 20 mois avant son entrée à l'hôpital. Autour de la plaie, serait apparue une rougeur, puis un œdème douloureux qui dura huit jours, puis ces lésions auraient disparu, la peau se serait couverte de squames et aurait pris peu à peu une consistance dure.

Les lésions sclérodermiques occupent les deux membres inférieurs, à droite sous forme de bandes et de taches diversement figurées sur tous les membres, à gauche sous forme de lésions diffuses très avancées, occupant presque toute la surface de la jambe et de la cuisse. En outre, il existe des ulcérations multiples et des cicatrices d'ulcérations guéries au voisinage du genou, sur la cuisse et la jambe, et des abcès multiples dont quelques-uns se sont ouverts spontanément et laissèrent des séquelles.

Les déformations sclérodermiques intéressent les extrémités inférieures. Cependant qu'à droite ces changements de formes de différents aspects, des bandes et des taches, s'étendent sur ces extrémités, l'extrémité gauche présente un tableau de changements plus profonds ; on voit également autour du genou des plaies grosses comme une pièce de cinq francs, rondes, sans surélévation des bords, à fond couvert de granulations, recouvert d'un exsudat

croûteux. Parmi les endroits indurés, on trouve des nodosités de la grosseur d'un œuf de pigeon, de consistance molle, fluctuante et au-dessus desquelles la peau est saine.

OBSERVATION XXVII.

(Lebar et D. Routier, *Bulletin Soc. Méd. Hôp. Paris*,
12 mai 1910, p. 503.)

(G. Thibierge, *Annales Dermato.*, 1914-1915.)

Homme de 33 ans. Est renversé à 11 h. 1/2 du soir par un tramway et projeté sur le bord du trottoir sur lequel porte la région lombaire inférieure gauche ; perte de connaissance d'une demi-heure environ. Examiné à ce moment par l'interne de garde, le malade ne présentait aucune infiltration cutanée.

Le lendemain matin, on constate une sclérodermie généralisée. A noter une anurie complète pendant les trois jours qui ont suivi l'accident. La sclérodermie, du type scléremie, prédomine sur le cou, le thorax et l'abdomen, l'intensité des lésions s'atténuant de haut en bas sur l'abdomen ; aux membres, elle diminue également de haut en bas et est plus prononcée aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs.

OBSERVATION XXVIII.

(Leisrink, *Deutsch Klinik*, 1869, p. 27.)

(G. Thibierge, *Annales Dermato.*, 1914-1915.)

Garçon de 6 ans. Il y a un an et demi, l'enfant fut mordu par un chien au genou droit ; cette blessure n'eut aucune

suite. Il y a un an, le même membre fut cogné par un veau, sans qu'il en résulte autre chose qu'une douleur instantanée. Trois mois plus tard, les parents remarquèrent à peu près à l'insertion du vaste interne, sur le ligament rotulien, une petite tache rouge, dure et résistante, qui augmenta de dimension. Lorsque l'enfant fut examiné, il présentait une sclérodermie en bande de la cuisse droite s'étendant depuis la rotule jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure.

Rien dans les antécédents.

Evolution. — Marche progressive du processus, étendue en bas et en largeur, de l'épine tibiale jusqu'au-dessus de la tibio-tarsienne, mais sans limites nettes ; pas d'atrophie musculaire.

Il n'y a pas d'amélioration ; le malade part chez lui avec un traitement à l'iodure de potassium par voie interne, un onguent, etc.

OBSERVATION XXIX.

(Leslie Roberts, *British Journal of Dermatology*,
avril 1900, p. 118.)

(G. Thibierge, *Annales Dermato.*, 1914-1915.)

Petit garçon tombé à l'âge de deux ans sur l'extrémité d'un garde-feu, sur laquelle il se fit une blessure de la paroi abdominale. Peu de semaines après, la zone contusionnée s'indura. Pendant les deux années suivantes, la morphée s'étendit, sous forme de taches isolées vers l'épaule droite, puis descendit sur le bras, l'avant-bras et les doigts en suivant les branches cutanées des nerfs médian et

radial. L'index est en contraction. Le pouce est raide et le tégument séparant le pouce de l'index est rigide.

OBSERVATION XXX.

(Leszezynski, *Zentralblatt*, 5 mars 1932.)

Sclérodermie en bandes.

Jeune fille de dix ans, tombe malade il y a un an et prétend avoir eu un traumatisme sur le front.

Traitement. — Injections d'insuline ; bons résultats.

OBSERVATION XXXI.

(Lortat-Jacob, Fernet et Y. Bureau, *Bulletin Soc. Franç. Dermato.*, mai 1929 p. 902.)

Il s'agit d'un homme de 31 ans, chauffeur de locomotive, qui présente depuis onze ans (juillet 1918), une pigmentation brunâtre de la face et des mains.

A l'examen, ce qui frappe tout d'abord, c'est une mélanodermie intense qui ne s'observe que sur les régions découvertes, siège à la face et descend sur la face antérieure du thorax pour dessiner nettement le décolleté de la chemise.

Cette pigmentation s'accompagne d'une atrophie très nette de la peau : l'aspect du visage est celui d'une sclérodermie, mais sans infiltration appréciable. Dans la région présternale, le bord de la lésion est limité par un « lilac ring » des plus nets.

De chaque côté du visage, un peu en arrière des pommettes, dans la région parotidienne supérieure et malaire, il existe symétriquement, de véritables plaques de blindage

constituées par des infiltrations de petites tumeurs dures et véritablement pierreuses ; certaines sont ulcérées et on voit apparaître par les orifices de ces ulcères torpides, de véritables concrétions calcaires.

En examinant plus attentivement les lésions, on constate qu'il existe en certains points, de petits nodules qui ne sont pas autre chose que des kystes sébacés, puisque l'expression permet d'en faire sourdre du sébum ; dans d'autres points, ces nodules sont plus durs et semblent en voie de transformation calcaire.

Sur les mains, la pigmentation existe moins intense et on constate de plus, de nombreuses cicatrices de brûlures, des lésions ulcéreuses torpides et de petites formations papillomateuses et verruqueuses qui nous font porter le diagnostic de maladie du brai ou cancer du goudron.

On ne trouve aucun signe de syphilis, les réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht sont négatives.

Le foie est gros, le malade est d'ailleurs un buveur.

La calcémie est augmentée de 0,28 % et le métabolisme basal augmenté de 38 %, d'où hypercalcémie et hyperthyroïdie.

OBSERVATION XXXII.

(Malski, *Zentralblatt*, 5 mai 1932.)

Début de la lésion chez un malade de 26 ans peu de temps après des injections d'un produit arsenic plus fer : d'abord gonflement, puis induration et infiltration. Par la suite, rétraction dure en bandes, pâle par endroits, bleu rougeâtre en d'autres, s'enfonçant profondément jusqu'aux muscles.

OBSERVATION XXXIII.

(Matras, *Zentralblatt*, août 1932, p. 680.)

Femme de 32 ans. Sur le maxillaire inférieur, une plaque de 3 cm. $\times$ 1 cm. $\frac{1}{2}$, légèrement déprimée, ivoire, mate, blanc jaune, dure, de contour légèrement rose, érythémateuse. Début il y a deux mois à la suite d'une lésion de grattage.

OBSERVATION XXXIV.

(Matras Auguste, *Zentralblatt*, octobre 1932, p. 359.)

Jeune homme de 18 ans. Déformation sclérodermique il y a un an dans le voisinage d'une plaie de lésion de grattage causée par un chat, sur l'avant-bras droit. A cet endroit, épaissement et anesthésie des téguments. Plus tard, il y avait sur la peau du thorax droit, à deux travers de doigts au-dessus de la clavicule, une plaque entourée par un liseré bleu-rougeâtre dont la partie centrale est dure, mate et brun jaunâtre. Une deuxième plaque va de l'avant-bras vers l'omoplate droite. Au niveau de la face externe et postérieure du bras, sur le coude et sur presque toute la circonférence du bras et du poignet et sur la face dorsale du cinquième doigt, la peau ne se plisse pas ; elle est tendue, luisante, cireuse, dure comme du bois. Il est à remarquer que sur la région de flexion de l'avant-bras, les poils sont plus forts et plus foncés.

Radio. — Pas d'anomalie ; métabolisme basal normal. Pas d'amélioration par la diathermie, les bains, les massages, l'extrait testiculaire polyvalent.

En fin janvier 1931 apparut, sur l'extrémité supérieure droite, un érysipèle bulleux et gangréneux sur la peau sclérodermique, qui, à cause de son développement et de l'impotence fonctionnelle du membre depuis un an, indique l'amputation.

Hystologie. — Dégénérescence des fibres musculaires.

OBSERVATION XXXV.

(Matzenauer, *Archiv fur Dermato.*, t. 68, LXVIII, 1904, p. 437.)

(G. Thibierge, *Annales Dermato.*, 1914-1915.)

Jeune fille atteinte de sclérodermie en plaques, de syphilides en groupes et de mollusca contagiosa. Plusieurs plaques arrondies de sclérodermie, de la dimension d'un kreutzer à celle d'un thaler, occupent l'épaule, la hanche, aux points exposés à des pressions ; d'autres occupent les cuisses et les avant-bras ; sur la jambe gauche, noyaux sclérodermiques de petite dimension qui semblent avoir succédé à des syphilides papuleuses dont on trouve encore des éléments en activité à leur voisinage. Sur la face antérieure de la jambe droite, plaque de sclérodermie qui, en raison de sa configuration, peut être regardée comme la conséquence de grattages.

OBSERVATION XXXVI.

(Milian, Perin et Horowitz, *Zentralblatt*,
janvier 1931, p. 28.)

(*Bulletin Soc. Franç. Dermato.*, 37, n° 4, 1930, p. 475-479.)

Femme ouvrière de 43 ans. Infection très développée sur le bas-ventre, la malade souffrant d'un calcul biliaire, d'hypercholestérinémie et d'une tumeur sur l'ovaire droit. Après intervention (hystérectomie), extension des lésions sclérodermiques dans la région opératoire ; en même temps, augmentation des symptômes sclérodermiques sur les mains et les pieds.

Des concrétions calcaires de la grosseur de petits pois, dans la peau de l'abdomen. La sclérodermie est surtout développée au niveau de la peau exposée au traumatisme.

OBSERVATION XXXVII.

(Morrant Baker, *British Journal of Dermatology*,
août 1907, p. 283.)

(G. Thibierge, *Annales Dermato.*, 1914-1915.)

Femme de 44 ans. Ablation du sein gauche en février 1888. La sclérodermie a débuté le 24 mars, et, partant de l'incision, s'est étendue sur le thorax ; elle a aussi atteint la face et le bras.

OBSERVATION XXXVIII.

(Nixon, *Dublin Journal of Medical Science*,
février 1891, p. 97.)

(G. Thibierge, *Annales Dermato.*, 1914-1915.)

Garçon de 11 ans. Il y a douze mois environ, il reçut de son maître d'école, sur la région fessière gauche, un violent coup de pied, à la suite duquel il se trouva mal, ressentit des douleurs de tête, eut des malaises d'estomac et un état fébrile. Il resta au lit un jour, puis se leva avec quelques difficultés parce qu'il avait de la faiblesse de la jambe gauche.

Un mois après, il remarqua que la peau au niveau du genou était raide et dure. Peu après, apparut une bande rouge sur la face interne de la cuisse correspondant à la distribution du nerf cutané interne, sur une largeur de 6 cm., depuis la symphyse pubienne jusqu'à environ 5 cm. au-dessus du genou.

Vers le même temps, il se plaignit de sensibilité et de raideur de la partie gauche du tronc, de la face et du bras gauche ; quinze jours après, apparut sous la clavicule gauche une plaque rouge qui s'élargit graduellement, jusqu'à atteindre 18 cm. carrés et s'étendit depuis la partie supérieure du sternum jusqu'à l'acromion, correspondant aux branches superficielles descendantes du plexus cervical. Peu après apparut une bande partant de l'épaule gauche, traversant le bras en son milieu et s'étendant jusqu'à l'apophyse styloïde du radius. Ultérieurement, atrophie de la moitié gauche de la langue et de la voûte palatine ; atro-

phie du bras et de la jambe gauche. Pas de troubles de la sensibilité tactile, visuelle, auditive.

Sur la clavicule, larges plaques qui présentent la teinte ivoire caractéristique de la morphée ; sur le bras, bande de morphée, épaissie, intimement adhérente au tendon du biceps ; dans la région lombaire gauche et s'étendant à la région inguinale, large plaque ressemblant aux plaques de la maladie d'Addison ; la face interne de la cuisse gauche présente également un tégument induré, parsemé de plaques de morphée. Grosse atrophie du bras et de la jambe gauche et raccourcissement de cette dernière qui fait boiter le sujet.

Traitement. — Repos au lit ; bains chauds ; massages sur les membres et une mixture arsenicale faible mélangée de produits de fer et de quinine.

OBSERVATION XXXIX.

(Ohier, Thèse Paris, 1883.)

(G. Thibierge, *Annales Dermato.*, 1914-1915.)

Femme de 28 ans, vue le 20 novembre 1883. A 24 ans, a eu une grande peur : est tombée du deuxième étage et en a été quitte pour quelques contusions.

En 1876, c'est-à-dire il y a 7 ans, elle commence à s'apercevoir que ses doigts s'engourdissent, les articulations sont raides, les dernières phalanges se refroidissent.

OBSERVATION XL.

(Olliver et Lawrence, *Zentralblatt*, janvier 1932, p. 538.)

Premier cas. — Sclérodermie ancienne chez une enfant de 4 ans. Scarlatine : augmentation de la sclérodermie.

Deuxième cas. — Fillette de 2 ans 1/2. Eczéma. Depuis quatre mois, induration des téguments de tout le corps, surtout à la face, et cela, après la rougeole.

OBSERVATION XLI.

(Payenneville et Cailliau, *Bull. Soc. franç. Dermato.*, mai 1929, p. 939.)

Il s'agit d'une jeune fille de 13 ans qui a vu apparaître deux ans après avoir été opérée pour appendicite, des lésions scléreuses rosées sur la face interne de la cuisse gauche, puis, petit à petit, des lésions analogues se sont montrées sur la face externe de la cuisse, s'étendant jusqu'à la fesse. En se réunissant, ces lésions formèrent une sorte de bande avec quelques îlots erratiques d'une teinte lilas et tout à fait scléreux.

En outre, on constate sur le membre inférieur, sur le tronc et les flancs, des éléments blancs nacrés donnant l'aspect du « White spot disease » et disposés en trajets linéaires ; au dire de la malade, ils seraient apparus en même temps que les éléments de la cuisse.

L'examen ne permet de relever aucune étiologie nette ; pas de spécificité héréditaire, seulement quelques troubles endocriniens. L'examen histologique pratiqué au niveau

de la bande et d'un des éléments de sclérose en taches, confirma notre diagnostic de sclérodermie en bandes avec « White spot disease ».

En effet, au tronc, au niveau d'une plaque de « White spot disease », une atrophie inégale de l'épiderme, qui est hyperkératosé avec bouchons cornés ; il y a une sclérose très marquée sous-papillaire avec infiltrats cellulaires péri-vasculaires, disparition totale du tissu élastique ; quelques éléments nerveux sont atteints, de sclérose interstitielle très nette. Nous avons essayé un traitement endocrinien pluriglandulaire qui a nettement amélioré la sclérose en bandes.

OBSERVATION XLII.

(Payenneville et Cailliau, *Bull. Soc. franç. Dermato.*, 1929, p. 941.)

M. R..., âgé de 43 ans, présente une éruption maculeuse et papuleuse disséminée sur tout le corps, mais surtout plus confluyente sur le tronc ; cette éruption remonte à six mois environ ; quelques-unes de ces lésions sont légèrement urticariennes ; elles sont d'une coloration rosée et présentent toutes, un halo périphérique de sclérose plus ou moins accentuée, suivant l'âge des lésions. La syphilis ne peut être invoquée comme étiologie, car le malade présente un chancre syphilitique datant de quelques jours, alors que l'apparition des lésions remonte à six mois ; l'examen histologique montre une hyperkératose très marquée avec un bouchon corné et atrophie segmentaire de l'épiderme, linéaire dans les zones atrophiées et

plus épaisse dans les autres zones ; le collagène est hypertrophié ou dégénéré, l'élastine raréfiée par places, condensée dans d'autres zones ; enfin lésions vasculaires.

En somme, lésions rappelant celles du « White spot disease ».

OBSERVATION XLIII.

(Petges et Roche, *Bull. Soc. franç. Dermato.*, mai 1929, p. 972.)

M^{me} X..., 45 ans, cultivatrice, a subi une hystérectomie avec ablation des annexes en juin 1925. Par la suite, elle a accusé les troubles d'une ménopause artificielle, troubles nerveux vagues, bouffées de chaleur, etc.

Deux ans après l'opération il est apparu sur le côté externe de la région sous-ombilicale, sur le travers de l'épine iliaque antéro-supérieure, une plaque de sclérodermie qu'elle n'a signalée qu'ultérieurement et qui a pris la forme d'une bande dirigée vers la cicatrice, sur la ligne blanche.

Le 19 novembre 1928, la lésion se présentait sous l'aspect d'une large bande de sclérodermie, de 8 à 10 cm. de long, allant du point de départ déjà indiqué à la cicatrice qui est tiraillée et attirée de ce côté par une concavité nette, sur 3 à 6 cm. de large. A ce niveau, la peau est blanche, ivoire, sèche, brillante, douce au toucher ; sa consistance est dure, sans élasticité. Elle fait corps avec les plans profonds jusqu'à la sangle abdominale, dont on ne peut la séparer en la prenant à pleine main. L'ensemble est de consistance lardacée. Une série de traitements

opothérapiques, ovariens, thyroïdiens, polyglandulaire ovarien, est restée sans effet jusqu'ici. La plaque paraît augmentée en surface et a actuellement une largeur de 6 à 8 cm. ; elle tiraille davantage la cicatrice, devient plus épaisse.

OBSERVATION XLIV.

(Petges et Roche, *Zentralblatt*, 20 mars 1931, p. 603.)

Femme de 45 ans, qui a subi une hystérectomie en 1925. Deux ans après, s'est formée sur le bas-ventre, une plaque de sclérodermie qui allait en forme de bandes vers la cicatrice. Petit à petit, la plaque a augmenté en largeur et en longueur et a influencé la cicatrice.

Aucun traitement efficace.

OBSERVATION XLV.

(Pinkus, *Dermatologische Zeitschrift*, février 1906, p. 116.)

(G. Thibierge, *Annales Dermato.*, 1914-1915.)

Vieille femme atteinte depuis de longues années de sclérodermie en bandes du front, atrophiée, déprimée ayant tout à fait l'aspect cicatriciel et lamellaire dans sa partie supérieure, à la limite du cuir chevelu. Elle déclare que l'affection est apparue à la suite d'un traumatisme. Pinkus n'a d'abord pas attaché grande importance à cette déclaration parce que la malade est âgée et un peu démente ; il reconnaît cependant que l'aspect cicatriciel de la partie supérieure de la bande, s'explique par le traumatisme mentionné.

OBSERVATION XLVI.

(Pringle, *British Journal of Dermatology*, août 1907, p. 289.)

(G. Thibierge, *Annales Dermato.*, 1914-1915.)

Femme de 44 ans, atteinte depuis près de 3 ans de sclérodémie généralisée, ayant débuté au niveau de la cicatrice de la plaie opératoire d'ablation du sein droit pour carcinome.

OBSERVATION XLVII.

(Rabl, *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1890, p. 348.)

(G. Thibierge, *Annales Dermato.*, 1914-1915.)

Femme de 28 ans. A remarqué depuis cinq ans, sur la face antérieure de l'avant-bras gauche, au-dessous de sa partie moyenne, une plaque d'un brun rougeâtre, calleuse, dure, de forme ovale, de 5 cm. de long sur 5 cm. 1/2 de large, qui ne s'est pas modifiée et dont elle attribue l'apparition à ce qu'elle laisse toujours reposer la tête de son petit enfant sur cette place.

Il s'est développé depuis d'autres plaques scléreuses ; une également sur la face antérieure de l'avant-bras gauche, une sur son bord radial, une sur le thorax, près du bord pectoral. Les artères radiales semblent rétrécies. Les artères brachiales et crurales normales.

OBSERVATION XLVIII.

(Samek, *Zentralblatt*, 20 février 1932.)

Cas typique : a pris naissance à la suite d'un hématome après un traumatisme sur le bras gauche. Après irradiation.

tion sur le segment de la colonne vertébrale correspondant (rayons X), on a vu apparaître petit à petit des déformations sclérodermiques de la couche papillaire sous l'aspect de « White spot disease ».

OBSERVATION XLIX

(Savill, *British Medical Journal*, 31 janvier 1903, p. 254.)

(G. Thibierge, *Annales Dermato.*, 1914-1915.)

Homme de 50 ans. A reçu en 1860 un coup grave sur le dessus de la tête, à la suite duquel il a souffert pendant quinze ans de névralgies du vertex et de la face.

Vers 1885, les cheveux du côté gauche du crâne et les sourcils commencèrent à tomber et la moitié gauche de la face à s'atrophier. Sur la zone atteinte, correspondant au cinquième nerf cranien, la peau est maintenant lisse, brillante et ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané, atrophiée ; les cheveux sont presque absents et les muscles masséter et temporal atrophiés. Il y a aussi quelques taches caractéristiques de morphée sur le dos.

OBSERVATION L.

(Schaffer, *Deutschen dermatologischen gesellschaft*,

IV^e Congress 1894, p. 549.)

(G. Thibierge, *Annales Dermato.*, 1914-1915.)

Femme de 41 ans. Début de la maladie il y a 2 ans à la suite d'un coup sur la région du genou droit. Il apparut en ce lieu, en même temps que les douleurs, des bandes sclérodermiques brunes, qui, en peu de semaines, s'étendirent

sur la cuisse et sur le mollet. Quelques temps après, apparurent des lésions sclérodermiques aux deux pieds, aux jambes, aux mains, aux avants-bras et au visage. Plus tard pigmentation très étendue sur les membres et sur le tronc.

L'examen montrait : aux deux extrémités inférieures, pigmentation en bandes dans ce territoire : peau dure, non plissable ; les 2 mollets atrophiés, surtout le droit. Au voisinage de la malléole interne, zone rouge de la grosseur d'une pièce de 5 francs ; sur le dos, le thorax et aux deux bras se trouvent des taches pigmentaires semblables à celles du membre inférieur. A la partie supérieure du thorax, la peau est pigmentée d'une manière diffuse, mais elle est molle et ne se laisse pas plisser.

Traitement. — Bains, frictions au salicylate et surtout badigeonnage au salicylate ; plus tard salicylate par voie interne à grande dose et pendant longtemps. Le malade a l'air satisfait ; les téguments se ramollissent par endroits.

OBSERVATION LI.

(Schtschekin, *Dermatologische Zeitschrift*, avril 1904,
p. 265.)

(G. Thibierge, *Annales Dermato.*, 1914-1915.)

Femme de 40 ans, atteinte de sclérodermie remontant à trois ans et exclusivement localisée aux extrémités inférieures. La maladie s'est développée accidentellement un an après la chute d'un banc, qui avait produit une contusion du dos et du coccyx. L'état pathologique se résume aux stades de dureté et d'atrophie des extrémités inférieures,

malgré que la maladie dure depuis trois ans. La malade a été traitée avec de l'eau chaude.

OBSERVATION LII.

(Spillmann et Crehange, *Zentralblatt*, janvier 1932, p. 642
Bulletin Soc. fr. Dermato., 38, n° 7, p. 1074-1075, année 1931.)

Le malade a remarqué le développement d'une première plaque de sclérodermie au niveau d'une cicatrice qu'il s'était faite à la suite d'une brûlure il y a 9 ans. Traité à l'iodure de sodium, le malade a été amélioré.

OBSERVATION LIII.

(Simpson, *British Medical Journal*, 7 juin 1884, p. 1089.)
(G. Thibierge, *Annales Dermato.*, 1914-1915.)

Fille de 5 ans. Bande de sclérodermie occupant la partie antérieure et interne du membre inférieur gauche, variant en largeur de 9 cm. au niveau de l'aîne à 3 cm. sur le dos du pied. L'enfant, à la suite d'une chute sur les genoux il y a trois ans, avait eu de la raideur de cette articulation. Peu de mois après, elle se fit, à la suite d'une nouvelle chute, une contusion du genou, laquelle fut suivie d'un épaissement de la peau au niveau de la rotule, épaissement qui s'étendit graduellement à la cuisse et à la jambe.

Traitement. — Liqueur arsenicale 3 gouttes trois fois par jour ; vaseline sur le tégument atteint. Il y eut une guérison graduelle, la peau est devenue moins tendue.

OBSERVATION LIV.

(Thiem, *Monatschr. f. Unfall. Heilk.* Leipzig, 1916, XXIII, 109-113.)

Homme de 50 ans, est tombé sur le pied. Le pied gonfla ; six mois après l'accident s'installe une sclérodermie aux deux pieds, surtout au pied droit. Aux mains, on voit les signes caractéristiques de la maladie, même avant le traumatisme, il y avait diminution de la sensibilité des mains, ce qui ferait douter du rôle du traumatisme dans la pathogénie de la sclérodermie.

OBSERVATION LV.

(Torggler, *Centralblatt für Gynakologyl*, 1889, n° 35, p. 612.)
(G. Thibierge, *Annales Dermato.*, 1914-1915.)

Femme de 18 ans, rentre pour accoucher. Accouchement difficile suivi de forceps. Un examen après l'accouchement montre que tout le membre inférieur droit est étrangement mince, réduit au tiers de son volume. Sur toute son étendue, depuis la racine de la cuisse, la peau est épaisse, dure, rouge, avec des taches pigmentaires jaunâtres, de dimensions variées. A la jambe, l'épiderme est atrophié. Le tissu cellulaire et les muscles sont atrophiés.

A l'âge de 13 ans, la malade, en sautant un fossé, est tombée sur la jambe droite. Peu après est apparue une rougeur au voisinage de la cheville droite, plus tard la peau est devenue raide ; la maladie s'est étendue.

OBSERVATION LVI.

(Touchard, thèse Paris, 25 janvier 1906, p. 121.)

(G. Thibierge, *Annales Dermato.*, 1914-1915.)

Femme de 53 ans. Sclérodermie généralisée ayant débuté par de la sclérodactylie des mains et des pieds. Se souvient qu'il y a trois ans, au moment où ont débuté les accidents cutanés, elle se frappa violemment pendant qu'elle brossait ses habits, l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index, qui aussitôt enfla notablement, C'est à partir de ce moment qu'elle commence à souffrir, éprouvant d'abord des fourmillements dans les doigts, accompagnés de troubles vaso-moteurs.

OBSERVATION LVII.

(Touraine et Lortat-Jacob, *Bull. Soc. fr. Dermato.*, mars 1933.)

Lef... Pierre, âgé de 20 ans, nous consulte le 13 février dernier pour une sclérodermie en plaques de l'aisselle gauche et de la région thoracique antérieure du même côté, dont le début remonte à six mois environ. Il nous raconte que vers le 25 juin 1932, il a souffert dans l'aisselle gauche d'un abcès assez douloureux qui a acquis, en trois semaines, les dimensions d'un œuf de pigeon. Cet abcès a été incisé à la campagne le 10 juillet et a donné issue à environ un verre à liqueur de pus verdâtre. La suppuration a persisté un mois avant que la plaie se fermât et se cicatrisât. Elle n'a pas été drainée.

Il coulait encore un peu de pus, une trentaine de jours

après l'incision, quand le malade a remarqué que, autour de cette dernière, la peau s'épaississait progressivement et devenait blanche. Presque en même temps sont apparues de petites plaques d'abord isolées, puis en partie confluentes, orientées en série linéaire le long de la côte correspondante, depuis l'aisselle jusqu'au sternum. En un mois, les placards avaient acquis l'aspect qu'ils ont conservé depuis, sans modification appréciable, sans tendance à l'extension. Cependant, vers le 20 janvier dernier, le malade a vu se développer en arrière de l'aisselle, une plaque de pigmentation grisâtre qui s'étend jusque vers le bord externe de l'omoplate et au centre de laquelle apparaissent, depuis peu, quelques éléments de morphée.

Pas de syphilis ; état psychique assez médiocre, intelligence peu éveillée ; atrophie appréciable du testicule droit qui date d'oreillons, seule maladie antérieure contractée à 16 ans.

Recherches spéciales. — 1^o Biopsie : l'épiderme, aminci, présente une légère parakératose avec diminution de la couche cornée. Il y a réduction manifeste en nombre et en profondeur des formations papillaires. Le derme présente, dans toute son épaisseur, une surcharge très dense et régulière en faisceaux conjonctifs qui s'étend jusqu'à la couche basale. Les cellules conjonctives sont peu nombreuses et les infiltrats leucocytiques se réduisent à quelques petits amas, en particulier près des follicules pileux, dans la zone érythémateuse. Les glandes sudoripares sont normales. Les lésions vasculaires sont très discrètes : légères dilatations des capillaires. Nous n'avons noté ni endo ni périvascularite.

2° La calcémie est normale.

3° Pas d'altération du liquide céphalo-rachidien.

4° La sensibilité au tact, à la piqure est normale en peau saine, un peu diminuée en zone érythémateuse et nulle sur les éléments scléreux et blancs.

5° Tests sympathiques : à la pilocarpine, à l'adrénaline sont restés négatifs.

Notons que la topographie des lésions répond à la distribution du troisième nerf intercostal.

OBSERVATION LVIII.

(Ullmann, *Arch. f. dermat.*, octobre 1905, t. LXXVII, p. 117.)

(G. Thibierge, *Annales Dermato.*, 1914-1915.)

Homme de 24 ans. A remarqué depuis quelques mois une plaque de sclérodermie entourée d'une zone lilas, de 8 cm. $\times$ 5 cm., occupant la face antérieure de la cuisse au-dessous de l'épine iliaque ; une autre un peu moins grande, est située du même côté, plus haut, sur le bord costal de la ligne axillaire antérieure.

Le malade attribue le développement des lésions à ce qu'il porte toujours sa monnaie d'argent et de cuivre dans la poche de son pantalon et dans celle de sa veste qui correspondent aux points atteints.

En un point correspondant à la pression du bouton du col, sur l'échancrure sternale, tache blanche ayant environ 2 fois la largeur de la base de ce bouton. Pas de troubles de la sensibilité.

OBSERVATION LIX.

(Weber, *Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte*, 1878.

p. 622.)

(G. Thibierge, *Annales Dermato.*, 1914-1915.)

Homme de 27 ans. Sclérodermie occupant le nez, les deux coudes et les deux genoux, mais surtout les mains et les pieds sur leurs faces dorsales principalement, avec cyanose.

Les parties infiltrées sont douloureuses à la pression. Leur dureté contraste avec la mobilité facile des doigts ; sur le penis et le scrotum, il y hypertrophie papillaire de la peau, de même qu'à la face interne de la cuisse où l'aspect est marbré. Trois mois après, l'infiltration a disparu. La maladie a débuté il y a dix ans, 4 à 5 semaines après une chute sur la main qui a provoqué une luxation du médius gauche.

OBSERVATION LX.

(H. F. Wolf, *Arch. of Dermato.*, t. XXV, 1932, p. 189.)

La malade, âgée de 38 ans, raconte qu'il y a 12 ans, la peau des mains et des avant-bras devint raide, immobile, après une infection diffuse des doigts et des ongles. Cette déformation se développa au fur et à mesure sur les autres parties du corps et pendant ces dernières années l'on vit apparaître des tumeurs sur les jambes. Les extrémités, le thorax présentent de l'hyperpigmentation en forme de nappes. La peau sur ces endroits est épaisse et raide. Les

maines sont en flexion et les ongles atrophiés. A la partie externe de la cuisse gauche on trouve une tumeur ronde superficielle de 5 cm. de diamètre, et deux autres plus petites sur la cuisse droite.

OBSERVATION LXI.

(Wolfler, d'après l'analyse des *Annales Dermato.*,
1882, p. 584.)

(G. Thibierge, *Annales Dermato.*, 1914-1915.)

Homme de 61 ans. A la suite d'une fracture compliquée des deux os de l'avant-bras gauche, il s'établit une suppuration de longue durée et des hémorragies secondaires qui nécessitèrent la ligature de l'artère brachiale et plus tard celle de l'artère axillaire. Pendant le courant de l'année, les ongles, la peau des doigts et de la main rappellent la sclérodermie. De plus le tégument est atrophié, gercé, sec, parcheminé, sans poils ni plis, d'un blanc mat luisant et plus froid au toucher que celui de l'autre côté. La guérison de la fracture demanda quelques mois. La sensibilité est complètement conservée.

OBSERVATION LXII.

(Personnelle.)

Le malade A... Pierre, fondeur, âgé de 37 ans, entre dans le service du Dr Touraine le 1^{er} mai 1933 pour une sclérodermie en bandes de la partie droite et inférieure du thorax, dont le début remonte à un mois environ.

Il raconte que, le 3 mars 1933, il avait été frappé de

champ par toute la longueur d'une manivelle qu'il maniait pour exécuter son travail et a été projeté à trois mètres en même temps qu'il a perdu connaissance. Il y eut une légère plaie ouverte, puis un hématome au niveau du coup. Une radiographie avait montré l'existence d'une fracture de côtes. La plaie suppura par la suite pendant trois semaines, uniquement au niveau de son bord externe.

Dans les antécédents du malade, nous ne trouvons ni la syphilis, ni la tuberculose, ni des maladies du système nerveux. Le malade est sujet à des crises hémorroïdaires ; il a eu une blennorragie qui lui laisse encore une talalgie du pied droit (?).

A l'examen, on se trouve en présence d'un malade qui présente une bande de sclérodermie allant du bord inférieur du sternum et s'étendant horizontalement vers la partie externe et droite du thorax. Cette bande, située au voisinage de la septième côte, est à peu près linéaire, incurvée en bas vers sa partie externe et présente à ce niveau une coloration plus accentuée que dans le reste de la bande. Coloration rouge brun, infiltration légère ; cette portion est en outre lisse, luisante et n'adhère pas aux plans sous-jacents. Le reste de la bande est de coloration plus pâle ; l'ensemble est nettement atrophique.

La lésion est constituée : par une plaque qui n'est ni indurée, ni infiltrée, située juste au-dessous de la fourchette sternale ; à la suite de cette plaque il existe un intervalle de peau saine auquel fait suite une bande de sclérodermie de coloration plus foncée que la plaque initiale. Cette bande mesure 8 cm. de long sur une largeur variant de 2 à 4 cm. vers les extrémités et de 1 cm. à

1 cm. $1/2$ vers sa partie médiane. Actuellement, la lésion est légèrement infiltrée et atrophique, il n'y a pas encore d'induration. Les bords sont irréguliers et présentent une légère pigmentation brunâtre. La topographie des lésions ne répond pas à la distribution des nerfs intercostaux.

Le dosage du calcium dans le sérum sanguin a été pratiqué par M. Bernou, Interne en Pharmacie. Il était de 0 gr. 135 par litre.

L'examen du liquide céphalo-rachidien n'a pas montré d'altérations de ce dernier. Albumine : 0,15. Lymphocytes : 0,1. B.-W. négatif.

Pas de troubles de la sensibilité.

Le réflexe oculo-cardiaque est exagéré dans le sens du vague. Rien de spécial à noter au point de vue des épreuves de la pilocarpine, de l'adrénaline. Il semble donc que les tests sympathiques n'aient subi aucune modification dans le territoire atteint, par rapport au côté sain.

Conclusions

1° Le traumatisme, quoique facteur rare dans la production de certains états sclérodermiques, n'en est pas moins à l'origine d'assez nombreux cas de cette affection, surtout en ce qui concerne la sclérodermie en plaques ou morphée, et plus rarement, la sclérodactylie et la sclérodermie généralisée.

2° Ce traumatisme peut aussi bien être insignifiant que grave et les lésions sclérodermiques ne sont pas fatalement en rapport avec son importance.

3° Le court laps de temps qui sépare l'apparition des plaques sclérodermiques du moment du traumatisme (quelques jours à deux mois), le rapport direct de siège fréquent, l'apparition du premier élément, le plus généralement au niveau du traumatisme, et, dans un grand nombre de cas, l'extension des lésions dans le territoire des nerfs ou des racines touchés par ce traumatisme, sont des éléments en faveur de ce dernier.

4° Histologiquement, nous ne trouvons que des

lésions minimales au niveau du derme et de l'épiderme. Les lésions vasculaires sont elles-mêmes insignifiantes, tout au moins dans les observations de sclérodermie avec traumatisme que nous avons pu relever dans la littérature de cette affection.

5° Quant à la pathogénie, elle reste encore obscure. Certains cas font penser à une origine tronculaire nerveuse possible, c'est-à-dire périphérique. Le traumatisme n'aurait probablement qu'une action déclanchante et, une fois le processus sclérodermique déclanché, il évolue pour son propre compte en des territoires plus ou moins éloignés du point traumatisé.

6° La sclérodermie évolue, le plus souvent vers l'extension et la symétrie, quelquefois vers la généralisation. Plusieurs cas ont évolué vers la guérison, grâce à un traitement approprié..

7° La thérapeutique, très variée, ne compte que peu de succès à son actif. Nous retiendrons :

« L'opothérapie ».

« Les injections d'insuline, de pilocarpine, d'huile de Chaulmoogra ».

« Le traitement aux pilules de Thiosinamine iodée suivi de frictions à la pommade d'insuline » ;

« L'électrolyse négative qui n'agit uniquement que dans les cas de sclérodermies locali-

sées et plus particulièrement dans les cas de morphée.

Il serait peut-être utile d'ajouter à ces différents traitements, « les iodures », en particulier l'iodure de potassium ; enfin, le bromure de potassium.

Vu : le Président de la thèse,

GOUGEROT.

Vu : le Doyen de la Faculté,

BERTHÉLEMY.

Balthazard

Vu et permis d'imprimer :

le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARONSTAM (N. E.). — Scléroderma following trauma with complète recovery ; report of case (Urol. et Cutan. Rev., 833, p. 12-814, décembre 1929).
- AUDRY et BOYREAU. — Sclérémie de l'adulte avec pigmentation de la muqueuse buccale (Annales de Dermatologie, nov. 1896, p. 973).
- BARTHÉLÉMY. — Sclérodermie et traumatisme (Arch. Dermat., 1929, p. 619-624).
- BLASCHKO. — Sklérodermie und Sklerodactylie (Berliner Dermatologische Gesellschaft, 13 déc. 1904).
- BOUTTIER. — De la sclérodermie (Thèse Paris, 1886).
- BERNHARDT. — U. Schwabach Drei Falle von Sklerodermie (Berliner Klinische Wochensh., 22 nov. 1875, p. 635).
- BROCQ. — Traitement des sclérodermies en plaques et en bandes par l'électrolyse (Annales de Dermatologie, 1898, p. 113).
- BUNCH. — Morphoea (British Journal of Dermatology, janvier 1909, p. 24).
- BURNIER (R.). — Sclérodermie et traumatisme (Bull. Soc. franç. de Dermat. et Syph. Paris, 1919, p. 294).
- BUSCH. — Zentralblatt, août 1932, p. 671.
- COLLIN (E.). — Contribution à l'étude de la sclérodermie (Thèse Paris, 1886).

- CORLETT. — A case of circumscribed scleroderma (morphoea) (Journal of cutaneous and genito urinary diseases, 1894, t. XII, p. 62).
- CROCKER (R). — Clinical lectures on Scleroderma (Lancet, 23 mai 1885, p. 928).
- CULLEN. — Présentation of a case of scleroderma (Johns Hopkins Hospital. Bulletin, 1904, p. 180).
- DARIER. — Précis de dermatologie.
- C. DEL VIVO. — Sopra un caso di sclerodermia a placche post-traumatica (Riforma med. Napoli, 1924, XL, V.)
- DERCUM. — Scléoderma (Journal of nervous and mental diseases, juillet 1896, n° 7, p. 431).
- DU BOIS. — Sclérodermie et traumatisme (Bull. Soc. franç. Dermato., mai 1929).
- DUBREUIL. — Sclérodermies atrophiques en bandes frontales (Annales de dermatologie, avril 1909, p. 255).
- EDOWES. — Acute sclerodermia (British Journal of Dermatology, oct. 1905, p. 373).
- FILLIE. — Zentralblatt, 20 mars 1931, p. 603).
- GAUCH, SOHIER et DE COURREGES. — Zentralblatt, 5 août 1931, p. 16 ; Bull. Soc. franç. Dermato., fév. 1929).
- GRAY (A. M. H.). — Sclérodermie et tuberculose (Zentralblatt, oct. 1932, p. 358).
- GROEDEL (F. M.) et HUBERT (G.). — Case of traumatic Scleroderma (Wien. Klin. Wochenschr., 38, p. 409-410, 9 avril 1925).
- HUDELLOT et RABUT. — Annales de Dermatologie, mai 1929, p. 938).
- HUFSCMITT (M.). — Annales de Dermatologie, mai 1929, p. 897.

- HUTCHINSON (J.). — Lectures on clinical Surgery, vol. 1.
On rare diseases of the skin. Londres, 1879, p. 321.
- JADASSOHN. — Sclérodémie circonscrite après traumatisme (Zentralblatt, 20 septembre 1931, p. 449).
- KERL. — Sclérodémie en plaques (Zentralblatt, 20 sept. 1932, p. 164).
- KINGERY (L. B.). — Scleroderma following nerve injury. Report of case (Archives Dermatol. et Syph. Chicago, 1922, N. S., p. 579-583).
- KRAUSS. — Sklerodermie und Unfall (Fortsch. d. Med. Berlin, 1915-1916, XXXIII, p. 17-21).
- KRZYSTALOWICZ. — Ein Beitrag zur histologie der diffusen sklerodermie (Monatshefte f. praktische dermatologie, 1^{er} fév. 1906, t. XIII, p. 143).
- LEBAR et ROUTIER. — Sclérodémie suraiguë post-traumatique avec anurie (Bull. de la Soc. médicale des Hôpitaux de Paris, 12 mai 1910, p. 503).
- LERICHE (R.). — Généralités anatomo-pathologiques (Bull. Soc. franç. Dermtol., 1929).
- LERICHE (R.) et FONTAINE (R.). — Bull. Soc. franç. Dermatol., 1929.
- LEISRINK. — Beitrag zur Lehre von der skleroderma adultorum namentlich in Bezug auf die Verwandtschaft zur Elephantiasis Arabum (Deutsch. Klinik, 1869, p. 27).
- LESLIE ROBERTS. — Scleroderma following injury in a child and resulting in contraction of the right index finger (British Journal of Dermatology, avril 1900, p. 118).
- LESZEZYNSKY. — Sclerodermie en bandes (Zentralblatt, 5 mars 1932).
- LHERMITTE et LÉVY (G.). — Sclérodactylie mutilante,

amyotrophie troubles vaso-moteurs trophiques et sensitifs du membre supérieur consécutifs à un traumatisme direct de la main datant de 30 ans (Revue neurol., I, p. 622-631, avril 1930).

LILIENTHAL. — Fall von Sklerodermie (Berliner Dermatologische Gesellschaft, 8 déc. 1908).

LORTAT-JACOB, FERNET et BUREAU. — Bull. Soc. franç. Dermatol., mai 1929.

LUITHEN. — Art. sclérodermie in Mracek Handbuch der Hautkrankheiten. Vienne, 1909, t. III, p. 164.

MALSKI. — Sklérodermie en bandes (Zentralblatt, août 1932, p. 680).

MATRAS. — Sclérodermie en plaques (Zentralblatt, août 1932, p. 680).

MATRAS (Auguste). — Zentralblatt, oct. 1932, p. 359.

MATZENAUER. — Sclérodermie en plaques (Arch. für dermatologie, t. LXVIII, 1904, p. 439).

MÉRY. — Anatomie pathologique et nature de la sclérodermie (Thèse Paris, 1889).

MILIAN, PERIN et HOROWITZ. — Sclérodermie calcaire (Bull. Soc. franç. Dermatol., n° 4, 1930, p. 475-479).

MORRANT, BAKER. — Scleroderma (Dermatological Society of London, 13 juin 1888 ; British Journal of Dermatology, août 1907, p. 283).

NEUMANN. — Wiener dermatologische Gesellschaft, 20 avril 1910 ; Archives f. dermatologie, t. CIII, p. 367).

NIXON. — Scleroderma, hemiatrophy of face and limbs (Dublin Journal of Medical Science, fév. 1891, p. 97).

OHIER. — Le masque sclérodermique (Thèse Paris, 1883).

OLLIVER et LAWRENCE. — Zentralblatt, janvier 1932.

OMENS (D. V.). — Scleroderma (Zentralblatt, 5 mai 1931, p. 205).

PAUTRIER et BRUSSET (J.). — Bull. Soc. franç. Dermat., 1929.

PAUTRIER et LÉVY (G.). — Anatomie pathologique (Bull. Soc. franç. Dermatol., 1929.)

PAUTRIER et ZORN. — Dosage du Ca dans 6 cas de sclérodémie (Bull. Soc. franç. Dermatol., 1929).

PAYENNEVILLE et CAILLIAU. — Bull. Soc. franç. Dermat., mai 1929, p. 937 et 941.

PETGES (G.) et ROCHE (J.). — Bull. Soc. franç. Dermatol., mai 1929, p. 972.

— Sclérodémie post-opératoire (Zentralblatt, 20 mars 1931, p. 603).

PINARD (M.). — Discussion sur le traitement (Bull. Soc. franç. Dermat., 1929).

PINKUS. — Streifenformige Sklerodermie (Dermatologische Zeitschrift, fév. 1906, p. 116).

PRESSE MÉDICALE, 26 août 1924, p. 142.

— 4 mars 1933 (Pautrier).

PRINGLE. — Diffuse scleroderma (British Journal of Dermatology, août 1907, p. 289).

RABL. — Sclérodémie (Wiener Klinische Wochenschrift, 1890, p. 348).

RÖDERER. — Sur le traitement (Bull. Soc. franç. Dermatol., 1929).

SAMEK. — Circumscribed Sklérodémie (Zentralblatt, 20 février 1932).

SAVILL. — Hemiatrophia facialis (Morphoea or healed scleroderma of the face) (British Medical Journal, 31 janvier 1903, p. 254).

SCHAFER. — Démonstration von Sklerodermie (Deutschen dermatologischen Gesellschaft, IV^e Congress, 1894, p. 549).

SCHTSCHÉKIN. — Dermatologische Zeitschrift, avril 1904, p. 265.

SPULLMANN (L.) et CREHANGE (J. L.). — Un cas de Sklerodermie en plaques du thorax et de l'avant-bras (Bull. Soc. franç. Dermato., 38, n^o 7, p. 1074-1075, 1931 ; Zentralblatt, janvier 1932, p. 642).

SYMPSON. — Case of scleroderma affecting the left lower extremity (British Medical Journal, 7 juin 1884 p. 1089).

SYSAK (N.) et WILFAND (R.). — Zur Frage über sogenannte « subkutane Fettgewebsnekros beim Neugeborenen » (Med. Klin. 23, 1405-1454, sept. 23, 1927).

TESKE. — Die traumatische Sklerodermie, mit Berücksichtigung der Unfallheilkunde (Monatsschrift f. Unfallheil Kunde, 1906, p. 210).

THIBIERGE (G.). — Sklerodermie et traumatisme (Annales de Dermato., 1915).

— Pratique Dermatologique, t. IV.

THIEM. — Zellegewebsverhartung (Sklerodermie) und Unfall (Monatsschr. f. Unfall. heilk. Leipzig, 1916, XXIII, p. 109-113).

TORGLER. — Schrages Becken in Folge von Sklerodermie (Centralblatt für Gynäkology, 1889, n^o 35, p. 612).

TOUCHARD. — Recherches anatomo-cliniques sur la Sklerodermie généralisée (Thèse Paris, 25 janvier 1906, p. 121).

TOURAINÉ et LORTAT-JACOB. — Sklerodermie Zoniforme

intercostale après abcès de l'aiselle (Bull. de la Soc. franç. Dermato., mars 1933, p. 410).

ULLMANN. — Fall von sklerodermie circumscripta multiplex durch lokalen Druck entslanden (Arch. f. dermatology, oct. 1905, t. LXXVII, p. 117).

WEBER. — Ein Fall von sclérodernie (Correspondenz Blatt f. Schweizer terzte, 1878, p. 622).

WEISSENBACH, BASCH, MARTINEAU et SEIDMANN. — Biopsie (Bull. Soc. franç. Dermato., 1931).

— Morphée en gouttes conglomerées (Bull. Soc. franç. Dermato., 1931).

WOLF (H. F.). — Sclérodernie (Zentralblatt, juin 1932).

WOLFLER. — D'après l'analyse des Annales de Dermatologie, 1882, p. 584.

275. — Imp. de la Fac. de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 8-1933
